

الكتاب الخامس
سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر
رئيس التحرير / أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكي

العلاج المعرفي - السلوكي المختصر
Brief Cognitive Behaviour Therapy



تأليف

بيرني كوروين
Berni Curwen

بيتر رودل
Peter Rudell

ستيفين بالمر
Stephen Palmer

ترجمة

دكتور/ محمود عيد مصطفى
استشاري العلاج النفسي والإدمان

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

الكتاب الخامس

سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

رئيس التحرير/ أ.د محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس الإكلينيكي

العلاج المعرفى ـ السلوكى المـ

rief Cognitive Behaviour Therapy

تأليف

بيرنى كوروين | بيتر رودل | ستيفـ
Berni Curwen | Peter Rudell | n Palmer

ترجمة

دكتور/ محمود عيد مصطفى

اختصاصي العلاج النفسي والإدمان

مراجعة وتقديم

أ.د./ محمد نجيب أحمد الصبوة

استاذ علم النفس العيادي - جامعة القاهرة

دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

٢٠٠٨

رقم الإيداع:
٢٠٠٧ / ١٤٧١٩
الترقيم الدولي: I.S.B.N.
977 – 383 – 120 – 5

إيتـــراك للنشــر والتــوزيع
طريق غرب ألماظة عمارة (١٢) شقة (٢) ص.ب: ٥٦٦٢
هليوبوليس غرب - مصر الجديدة
القاهرة ت: ٤١٧٢٧٤٩ فاكس: ٤١٧٢٧٤٩

التنسيق والإخراج الفني: المركز العصري للكمبيوتر

تصدير المترجم

يتناول هذا الكتاب الذي بين أيدينا الآن، أحد مناحي العلاج النفسي الحديثة، وهو العلاج المعرفي السلوكي المختصر. وتُعد العلاجات المختصرة Brief وقصيرة المدى Short-term أو محددة الوقت time-limited أحد المطالب التي ينشدها كثير من راغبي العلاج النفسي بوجه عام، وكذلك المعالجون والمرشدون النفسيون. ويتسق هذا المطلب مع طبيعة التغيرات الحياتية، سواء على المستوى الاجتماعي أو المهني، وما يغمرنا من تسارع نمط الحياة المعاصرة؛ إذ يصاحب زيادة الوعي العام للأفراد بأهمية العلاج النفسي، وتخلي كثير منهم عن اعتقاد وصمة المرض النفسي - نسبياً - أو تلقي العلاج النفسي، ارتفاع معدل تردد الحالات طلباً للعلاج، مما ترتب عليه ضيق الوقت بالنسبة للمعالجين النفسيين، مع الرغبة في تقديم خدمات علاجية ذات كفاءة عالية، وفي فترة زمنية قصيرة المدى نسبياً، عما هي الحال في علاجات أخرى، كالتحليل النفسي على سبيل المثال. ويصاحب ذلك أيضاً، الرغبة في استثمار الوقت، واقتصاد الجهد، سواء في عدد الأيام الكلية التي يستغرقها العلاج، أو في عدد الساعات المعتمدة له، أو في طول الجلسة. وينطبق ذلك على كل من المعالجين النفسيين، وطالبي العلاج النفسي على حد سواء. ويصاحبه رغبة من طالب العلاج، في ضغط وتقليل النفقات والتكاليف سواء على المستوى المادي، أم الاجتماعي، أم المهني. وقد تؤدي هذه المتغيرات إلى نقص في معدل تسرب الحالات - برغم وجود نسبة تسرب - أو الإنهاء المبكر للعلاج، وذلك مقارنة بأساليب علاجية أخرى، تتسم بطول فترات العلاج مما يؤدي إلى الإنهاك المادي والاجتماعي وربما إلى اضطراب نمط حياة الفرد.

ويُعد العلاج المعرفي السلوكي المختصر علاجاً مباشراً، وموجهاً نحو هدف، ويتميز بوجود إطار عملي مكثف ومفصل، موزعاً على عدد من الجلسات العلاجية تبعاً لنوع مشكلة العميل وعمقها وتعقيدها. وسنجد على مدى فصول الكتاب أنه من المفضل اختيار هذا النوع من العلاجات للحالات الملائمة له، فهل حالة العميل ملائمة لتلقي العلاج النفسي المختصر؟ وهل

ـشكلة قابلة للحل ... المختصر؟ وأى
ـالات التى يكون معها العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر كفاءة؟
ـيتم الإجابة عن هذه التساؤلات على مدى فصول هذا الكتاب.

ويخاطب هذا الكتاب، المتخصصين فى مجال العلاج، والإرشاد النفسى
ى وجه الخصوص، وكذلك يمكن للأطباء النفسيين، والعاملين فى مجال
صحة النفسية من التخصصات المساعدة الأخرى، مثل الهيئة التمريضية، أو
'خصائيين الاجتماعيين العاديين الاستفادة من بعض النقاط التى تساعدهم
ى عديد من التدخلات بدءاً من إلقاء الأسئلة لجمع معلومات من العميل، أو
تقييم العيادى، وتحديد مشكلة العميل، أو كيفية إقامة علاقة مهنية
لاجية تعاونية أو وضع خطط علاجية مقترحة، أو حتى التصدى لبعض
شكلات المباشرة، والبسيطة، وسهلة التناول، كل على حسب تخصصه
منحاه العملى، وذلك بما لا يمس الجانب العلاجى الأساسى، والذى قد
تطلب استخدام أساليب، وتدخلات علاجية متخصصة عالية الكفاءة من قبل
لعالجين النفسيين الخبراء.

ويُعد الكتاب بمثابة دليل عملى تفصيلى، وإطار متكامل يلتزم به
لشتغلين فى مجال العلاج النفسى، حيث يمكن الرجوع إليه بشكل مستمر
لعلومات وصقلها من حين لآخر، ويمكن لكل من المعالجين النفسيين
لتدربين، أو الخبراء الاستفادة منه كل على حسب حاجته.

وأخيراً، نأمل أن يحقق هذا الكتاب الهدف المنشود من نقله إلى العربية
أن يزيد من معارف المعالجين النفسيين وكفاءتهم، وصقل مهاراتهم فى
لممارسات العيادية، وتزويدهم بأساليب، وتدخلات علاجية نفسية عالية
لكفاءة لعملائهم، وأن يكون بداية لسلسلة من التراجم والمؤلفات فى المجال
فسه.

والله من وراء القصد.

المترجم

مقدمة المؤلفين

هذا الكتاب موجه للاختصاصيين النفسيين المهنيين مثل المرشدين counselors، والمعالجين النفسيين Psychotherapists، وكذلك المرشدين والاختصاصيين العياديين الذين هم في مرحلة التدريب، أو أولئك الخبراء منهم والذين يرغبون في تعلم المزيد عن الإرشاد، والعلاج النفسي المختصر، أو أنهم يريدون الارتقاء بمهاراتهم العلاجية. ومن المأمول في هذا الكتاب أن يكون مصدراً للمحاضرين، والمدربين في مختلف التخصصات، وكذلك أن يساعد المتخصصين المشاركين أمثال الأطباء النفسيين، والهيئة التمريضية في مجال الصحة العقلية، ومديرى الرعاية.. وغيرهم، وقد يكون مساعداً بشكل خاص لهؤلاء الذين يعملون بنظام الجلسات محددة الوقت.

وقد أصبح العلاج المعرفي المختصر، والعلاج محدد الوقت أكثر شيوعاً وألفة، ويرجع ذلك إلى متطلبات السوق، مما أدى إلى زيادة أعداد المعالجين المهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي، ونأمل أن يمدهم هذا الكتاب بإطار عمل ملائم، وسهل الفهم. وقد وجدنا أن عديداً من المعالجين النفسيين والمرشدين والأطباء النفسيين الذين يعملون بنظام الجلسات محددة الوقت، وهؤلاء الذين يقدمون علاجاً مختصراً، ولم يتلقوا تدريباً رسمياً أو أنهم قرأوا مصادر تهتم بالموضوع.

وسيقدم هذا الكتاب للقارئ العلاج المختصر في الفصل الأول، ويقدم إطار عمل سريع للعلاج المعرفي السلوكي المختصر. وسيتضح ذلك في نقطة توقف للإشارة في الفصل الثاني، حيث سنقابل "توم" في البداية، والذي سنتتبعه عبر هذا الكتاب. وسنقابل أيضاً أُناساً آخرين خلال مسار الكتاب، والذين حصلنا عليهم من خلال الممارسات العيادية للمؤلفين، واستخدمنا أسلوب الحوار لكي يتم توضيح مفاهيم إطار العمل. ويغطي الفصل الثالث

مرحلة التقييم، ويمدنا ببعض الخطوط الإرشادية الملائمة للعلاج المعرفى المختصر. وعلى الرغم من أن العلاج يبدأ منذ بدء التقييم فإن الفصل الرابع يقدم، وبشكل منفصل، المرحلة العلاجية الأولى بشكل تفصيلى، مع التركيز على الأهداف العلاجية للمعالج، وصعوبات العميل كما يتم النظر إليها من خلال الصياغة المعرفية لمشكلات العميل وما يواجهه من صعوبات، بحيث تستمر معنا (الصياغة المعرفية) حتى نهاية العلاج. ويغطى الفصل الخامس، المرحلة العلاجية الوسطى، ويصف عديداً من الأساليب، والأدوات، والتدخلات التى تستخدم عند ممارسة العلاج المعرفى السلوكى المختصر. ويعرض الفصل السادس المرحلة النهائية من العلاج، ويتضمن الفصل السابع عدداً من الاستراتيجيات والأساليب الإضافية والتى يمكن أن تستخدم فى إطار العلاج المعرفى السلوكى المختصر. ويتعرض الفصل الثامن للتنويم Hypnosis كأسلوب مرتبط بالعلاج، ويتضمن نصاً يركز على إعادة تشكيل المعتقدات السلبية. ويلخص الفصل التاسع عدداً من الخطط العلاجية لمجموعة اضطرابات أساسية مثل: اضطرابات الهلع، واضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، ويشمل كذلك الانتحار.

المصطلحات المستخدمة:

عندما تستخدم الضمائر، فلا يوجد اعتبار للنوع، فضمائر هو، وهى، وهم تستخدم بشكل عشوائى، وقد استخدمنا بشكل عام مصطلح "عميل" Client لنعنى به أى فرد يتلقى العلاج النفسى، وقد يظهر فى بعض المراجع المرادف له وهو مصطلح "مريض" Patient . ونحن نقدر أن بعض الناس قد يعترضون على استخدام واحد أو آخر منها، أو أى كلمات مترادفة أخرى، وقد يفضلون استخدام وصف آخر وهو مصطلح "المستخدم" user أو "المستهلك" consumer وما إلى ذلك. لكننا استخدمنا مصطلح عميل بشكل واضح قدر الإمكان. واستخدم مصطلح "معالج نفسى" therapist للدلالة على كل من

المعالج النفسى psychatherapist، والمرشد counsellor، والممارس oner
إلخ. ونحن ندرك أن هناك جدلاً ونقاشاً حول هذه الأسماء (انظر:
Palmer, ١٩٩٦). لكننا لن نطور هذا الجدل هنا. واستخدمنا بش
مصطلح "العلاج المعرفى السلوكى" Cognitive behaviour therapy تقد
العلاج المعرفى Cognitive therapy، وكل من مصطلحات الصياغ
Case conceptualization وصياغة الحالة، Cognitive conceptualization
المعرفية Cognitive formulation تستخدم فيما بينها بشكل ترادفى.

وخلال النص الرئيس سنناقش بعض مفاهيم اللغة التى نستخ
العميل، ونؤكد الأهمية النسبية لتثبيت المعانى الشائعة. وقد ذ
المقدمة أن العلاج المختصر لا يسعى للتركيز على "العجز" deficit،
weakness، والمرض pathology . لذلك فضلنا استخدام مصطلحات
المساعد helpful، وغير المساعد unhelpful سواء أكان تفكيراً أ
بالإضافة إلى الكفاءة الوظيفية functioning أو العجز الوظيفى ning
وصحى healthy، وغير صحى unhealthy، ومنطقى rational، وغي
irrational سواء للمعتقدات أم للتفكير. ويساعد ذلك فى إضفاء ال
ظروف المريض، بدلاً من وصم حالتهم بمصطلحات أخرى. والتفكير
هو الذى يساعد الفرد على تحقيق أهدافه القصيرة، والطويلة المدى،
توازن بينهما. وبشكل مشابه، فنحن نفضل استخدام مصطلح
التفكير" thinking errors الذى هو جزء من الخبرات النفسية للفرد
أنفسنا بشراً عرضة للخطأ ـ ولسنا كاملين ـ أنظر الفصل الخامس)
مصطلح التشويه المعرفى cognitive distortion أو التفكير الملتوى
twisted thinking . (Burns, ١٩٨٩)

تقديم

بقلم: رئيس تحرير السلسلة

ظهرت نظرية التكوين الشخصي Personal construct theory فى أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات من القرن العشرين، وهى نظرية كانت ذات توجه معرفى يمكن أن نصف من خلاله السمات الشخصية. وكانت كتابات جورج كيلى (G. Kelly, ١٩٥٥)، قد مهدت لظهور هذه النظرية على يد بانيستر Bannister وفرانسيلا Franscella لعام ١٩٦٧. ومنذ ذل الوقت، انتبه المعالجون النفسيون، سواء أكانوا علماء نفس أم أطباءً نفسيين، إلى دور العوامل المعرفية فى نشأة الاضطرابات النفسية وتطورها وتفاقمها، ومن ثم تشخيصها وعلاجها علاجاً نفسياً معرفياً غير طبى. ومن ثم تكاتفت الجهود من قبل "إليس Elles" طوال الستينيات والسبعينيات، ليُخرج لنا العلاج العقلانى الانفعالى Emotive-Rational therapy ثم العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى الآن، الأمر الذى مهّد الطريق لظهور العلاج النفسى المعرفى Cognitive therapy للاكتئاب العام ١٩٧٩. وبظهور هذا الأخير، حدث ما يشبه الثورة العلمية - بلغة توماس كون عالم الفيزياء وفيلسوف العلم المشهور - فى مجال العلاج النفسى بصفة عامة، والعلاج المعرفى - السلوكى بصفة خاصة.

وعبْر العقديْن الثامن والتاسع من القرن السابق (العشرين)، ظهرت امتدادات سرطانية - إن صح التعبير - ونوع من الارتقاء الرأسى والأفقى للعلاج المعرفى والعلاج المعرفى – السلوكى؛ بحيث تقدم كثير من المبدعين المعالجين ومن المعالجين الخبراء، نحو تطبيق أسس هذه العلاجات النفسية على كثير من الاضطرابات والأمراض النفسية غير الاكتئاب، كان أهمها: المخاوف والرهاب والقلق الاجتماعى، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة، واضطراب القلق المعمم، والوسواس القهرى، واضطرابات الأكل، والسمنة وفقدان الشهية العصبى، والاعتماد على المواد

المخدرة الطبيعية والمخلقة، والكحولية، واضطراب الشخصية البينية، والاختلالات الجنسية، والاختلالات الزواجية، والاضطرابات النفسية الجسمية. كما آمن تطبيقها فردياً وجمعياً، وفى أمراض مراوغة كان لا يمن تصور تدخل المعالجين النفسيين غير الأطباء فيها، كالأمراض الذهانية (العقلية) مثل الفصام والشخصية الفصامية، والتوهم المرضى، وزملة أعراض نقص المناعة المكتسب. ناهيك عن تطبيقه فى السياق الأسرى والمجتمعى، والإعاقات الجسمية والعقلية لدى ذوى الاحتياجات الخاصة. كذلك استطاع هؤلاء المعالجون النفسيون المبدعون تقديمه كخدمة نفسية متخصصة للمرضى النفسيين فى جميع المراحل العمرية، للأطفال، والمراهقين، والشباب، والراشدين، والشيوخ، والعواجيز من السيدات، وكبار السن.

وكان لابد لهذا "الاختراع العلمى المعرفى الجديد" من الفحص والاختبار على محك الواقع، فأجريت آلاف البحوث، وصدر عديد من الدوريات، كلها تحت عناوين العلاج المعرفى وكفاءة العلاج المعرفى – السلوكى، وتأثير العلاجات المعرفية والمعرفية السلوكية، وانتهت فى مجملها إلى توفير أدلة الشهادة الواقعية على كفاءة العلاجات المعرفية – السلوكية، كما تبين وجود جسم ضخم من مؤشرات الصدق الداخلى والخارجى لها، حتى إذا تصدت لمشكلات واضطرابات معقدة وعميقة.

أليس كل ما سبق دليلاً على عبقرية المعالجين النفسيين المعرفيين؟! إن الكتاب الذى نقدم له الآن، وهو كتاب: Brief cognitive-behavior therapy الذى وضعه B. Curwen, S. Palmer, P. Ruddell قد ترجمه إلى العربية معالج مبدع أيضاً، هو الدكتور/ محمود عيد مصطفى بخيت، الذى حصل على دكتوراه الفلسفة فى العلاج المعرفى – السلوكى للاكتئاب الأساسى على يد كاتب هذه السطور. اقدم الدكتور محمود على ترجمة هذا الكتاب، لأسباب عديدة، أبرزها، أن مجتمعاتنا المصرية والعربية تفتقر بشدة، لوجود خدمات

نفسية علاجية متخصصة، بسبب ضعف التدريب المهني التشخيصي والعلاجي، إن لم يكن انعدامه، ناهيك عن الندرة الشديدة في المصادر العلمية ذات الصبغة التطبيقية، بالإضافة إلى سده ثغرة ضخمة في العلاج المعرفي ذاته، والعلاج المعرفي — السلوكي، وهي العلاج المعرفي — السلوكي المختصر Brief cognitive-behavior therapy.

ولأن الدكتور محمود عيد من الشخصيات العلمية التي تميل للعمل العيادي التطبيقي، فقد انعكس ذلك في اختياره لهذا الكتاب الذي يُعد دليلاً عملياً موجزاً لكيفية تطبيق العلاج المعرفي — السلوكي، في اضطرابات وأمراض نفسية عديدة. ولذلك إن من أهم مزايا هذا الكتاب أنه يقدم العلاج المعرفي في شكل إجراءات علاجية موجزة وشديدة الوضوح في الوقت نفسه، ويقدم حلولاً علاجية سريعة لمشكلات نفسية شديدة التعقيد، بحيث يُعد إسهاماً جوهرياً ورائداً. قام د./ محمود عيد بنقله للعربية وراجعه وقدَّم له كاتب هذه السطور، ليصبح الكتاب الخامس في سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر التي بدأت إصداراتها منذ العام ٢٠٠٤م.

إن السبب الذي شجع الدكتور محمود على ترجمة هذا الكتاب الذي يُعد - في حدود علمي - أول كتاب في العلاج المعرفي - السلوكي المختصر، هو السبب نفسه الذي شجعني على نشره ضمن إصدارات سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، وهو العدد الذي أصبح لا يُحصى من المعالجين النفسيين والأطباء النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين العياديين وطلاب الدراسات العليا في علم النفس العيادي العلاجي المقيمين وغير المقيمين، الممارسين منهم وغير الممارسين، الذين دائماً ما يفاجئوننا بالسؤال: كيف يمن تحويل العلاجات النفسية التي نقرأها إلى برامج علاجية لها جلسات منظمة تُدار عبر جداول أعمال محددة سلفاً؟ وأين المصادر المكتوبة باللغة العربية التي يمكن تحويلها إلى دورات تدريبية وورش عمل للعلاج النفسي المعرفي والعلاج المعرفي - السلوكي بصفة عامة، والعلاج النفسي المعرفي المختصر بصفة خاصة. يحاول

هذا الكتاب - كما أسلفت - سد هذه الثغرة سواء أكانت فى المكتبة العربية أم في ميدان العلاج النفسي.

يبقى أن نشير إلى أن هذا الكتاب يوفر العلاج النفسى المعرفى المختصر فى شكل جلسات قليلة العدد، الأمر الذى يلائم روح العصر الذى يتسم بالعجلة والسرعة والإيقاع السريع، ويتغلب على مشكلة التسرب التى تنتشر بشدة فى ثقافتنا العربية، كما إنه يوفر مجموعة من الملاحق التى تقدم للمعالج كل الجداول والاستمارات اللازمة لإدارة المريض وما يقدم له من خدمات علاجية بشكل دقيق. أما الأمر الذى جعلنى اطمئن لقيمة هذا العمل، أن الدكتور محمود عيد، كان يلازمنى فى كل أعمالى العيادية، وحضر تقريباً جميعاً الدورات التى قدمتها سواء فى مصر أم فى الكويت، ولديه استعداد خاص لتبنى نموذج العالم - المهنى على نحو فريد، بالإضافة إلى كونه مخلصاً وأميناً فى كل ممارساته العيادية.

زبدة القول، إن هذا الكتاب لا غنى له لكل من طلاب الدراسات العليا المتخصصين فى علم العلاج النفسى وفى الطب النفسى، والخدمة الاجتماعية العيادية، كما إنه يُعد إضافة للمكتبة العربية التى تشكو خواءً لا حدود له فى المصادر العلاجية النفسية الموثوقة، بالإضافة إلى أنه يمكن أن يفيد منه الباحث والمعالج النفسى على حد سواء، وهو يمن أن يقوم بتدريبك بلا مدرب. نسأل الله أن يفيد منه القراء والمعالجون النفسيون على حد سواء، والله من وراء القصد.

دكتور
محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكى بجامعة القاهرة
ورئيس تحرير السلسلة
ديسمبر، ٢٠٠٦


الفصل الأول

الفصل الأول

فى مجال العلاج النفسى عادةً ما يطرح سؤالان، أولهما: يُطرح على الأفراد الراغبين فى العلاج وهو لماذا الآن؟ وثانيهما يُطرح من قبلهم وهو ما المقصود بالعلاج النفسى؟ وهذان السؤالان هما موضوع الكتاب الحالى، فهو يُخبرنا ما هو العلاج المعرفى السلوكى المختصر، وما المقصود بالمختصر؟ فهل نعنى به تقليل مدة العلاج، أو طول الجلسة أو عدد الجلسات؟ أم المدة الكلية التى يستغرقها العلاج؟، ويمكن طرح عدد من الأسئلة فى هذا الصدد فمثلاً: هل هناك بعض المشكلات التى قد لا يكون هذا النوع من العلاج مناسباً لها؟ وعندما لا نكون على وعى كامل بالمشكلة فهل هذا الأسلوب يكون مناسباً لاكتشافها مباشرة؟ وهل العلاج المختصر هو نفسه العلاج "محدد الوقت" Time-limited therapy، وهل يمكن أن يُستخدم العلاج المعرفى السلوكى المختصر وحده - منفرداً - أم يمكن استخدام أنواع أخرى من التدخلات الطبية النفسية، والنفسية مصاحبةً له؟

والفصل الحالى يجيب عن هذه الأسئلة، وأيضاً عن عديد من الأسئلة التى قد تبزغ فى سياق الحديث، وكذلك عدد من الأسئلة التى تتعلق بموضوع هذا الكتاب، وفى سياق هذا الفصل سيتم توضيح عدد من المصطلحات التى سوف تستخدم فى سياق الموضوع الراهن وعلى مدى فصول الكتاب.

لماذا الآن؟

أدت عديد من العوامل إلى تنامى الحاجة إلى العلاجات المختصرة، وقبل سرد هذه العوامل، من المهم أن نشير إلى أنه منذ فترة الأربعينيات من القرن الماضى وفى عام ١٩٦٤ على وجه التحديد، وضع كل من ألكسندر وفرينش (Alexander & French, ١٩٧٤) بشكل مباشر عدداً من التصورات التحليلية الجامدة والتى تتعلق بطول فترة العلاج منها: (Budman & Gurman, ١٩٨٨)

- أن عمق العلاج يرتبط نسبياً بطول فترة العلاج وتكرار المقابلات.
- أن النتائج العلاجية التى يتم تحقيقها عن طريق عدد قليل من المقابلات، قد تكون سطحية، وغير جوهرية، ووقتية غير دائمة فى حين أن النتائج العلاجية التى يتم إحرازها من خلال العلاج طويل الأمد تكون أكثر عمقاً واستقراراً وثباتاً.
- أن التطويل فى عملية التحليل يؤسس بناءً على خلفية مفادها أن مقاومة المريض resistence سيتم التغلب عليها بطول فترة العلاج، وبعد ذلك يتم تحقيق النتائج العلاجية المرجوة.

وتحددت العوامل التى أدت لتنامى الحاجة إلى العلاجات المختصرة فى الآتى:

أولاً : وهو أكثرها شيوعاً، ويتعلق بشيوع النمط الاستهلاكى consumerism الذى يعكس حاجة الأفراد لاغتنام الفرص. وفى الوقت نفسه يزداد الوعى العام بالعلاج النفسى، والإرشاد، واستمراره فى النمو والارتقاء. ففى الماضى كان الناس يقضون سنوات عدة فى تلقى العلاج النفسى وغالباً ما كانوا يتلقون عدداً من الجلسات خلال الأسبوع، وحتى بعد مرور عدة سنوات من العلاج فهم يكونون غير راضين عن قدْر تقدمهم وشفائهم (Dinnage, ١٩٨٨) ففى حين يحتاج بعض الأفراد يحتاجون إلى فترة علاج طويل المدى، فإن بعضهم الآخر يحتاج إلى علاج مختصر، ويمكنهم الاستفادة منه.

ثانياً : (ويرتبط بالنقطة الأولى) أنه بالرغم من أن مختلف طرائق وأنماط العلاج النفسى منذ بزوغها أخذت فى النمو والارتقاء بشكل مطرد، فإن الخدمات المقدمة تظل واقعة تحت ضغط التحويلات المتتالية، وقوائم الانتظار الطويلة (Parry, ١٩٩٢) لذا فإن المدة الكلية التى يقدمها المعالجون والمرشدون النفسيون للحالات لا زالت قليلة ومحددة بنظام عام، ويُعد التوظيف الأمثل للوقت من قبل هؤلاء المتخصصين على قدر

عالي من الأهمية. فعلى سبيل المثال، أورد نيومان وهوارد (Newman & Haward, ١٩٨٦) "إن أكثر المعتقدات شيوعاً داخل المجتمع العيادي: أن التكاليف أو المكاسب المادية هي الهدف من العمل وليس الاهتمام الطبي العيادي". وقد وجد هوارد وزملاؤه (Haward, et al., ١٩٨٩) أن نسبة ٣٢٪ من الذين يتلقون خدمات العلاج النفسي طويل المدى قد تلقوا فقط ٧٧٪ من الجلسات العلاجية.

ثالثاً: إن إصلاح الخلل في الخدمات العلاجية النفسية المقدمة يتطلب قدراً كبيراً من التكاليف المادية، ويقع ذلك بشكل متساوٍ على عاتق كل من الأفراد، والجانب المؤسسي المتمثل في وزارات الصحة ومؤسسات وشركات التأمين على الصحة، والتأمين الصناعي، والتي تقدم خدمات مساعدة للعاملين.

رابعاً: المتخصصون الذين ينشدون تقديم خدمات عيادية عالية الكفاءة غالباً ما يتبنون المناهج والبحوث التي تشير إلى إمكان علاج مشكلة معينة لعديد من الحالات بشكل مختصر (Milne, ١٩٨٧; Parry & Watts, ١٩٨٩; Rath & Faonagy, ١٩٩٦).

خامساً: يفترض عديد من المصادر (British & Sycholagical Society, ١٩٩٠; Grant et al., ١٩٩١) أن اهتمام المتخصص في توصيل خدمات العلاج النفسي داخل المجتمع الصحي الدولي يخدم حماية جماعات محددة. لكن بحوث من نمط تلك التي ذكرت في النقطة الرابعة من شأنها أن تساعد على التصدي لهذا الاتجاه لأنه عندما يتم تبنيه داخل الجلسات العيادية فسوف يقابل ممارسات جامدة ومتسلطة. (Strupp, ١٩٨٦)

المقصود بالعلاج المختصر؟

نجد عبر هذا الكتاب أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر عبارة عن خطة علاجية موجزة يتحقق من خلالها أقصى استثمار لوقت المعالج مع أقل

تكاليف للعميل. وتوجد مرادفات أخرى لهذا النوع من العلاجات وتحمل كلها المعنى السابق نفسه من قبيل العلاج "قصير المدى Short-term"، و"العلاج الحساس للوقت Time-sensitive"، والعلاج الذى يراعى "فعالية التكاليف Cost-effective"، والعلاج "المختزل Affreviated"، و"المتقطع Intermeteent"، و"المرحلى Episodic"، و"محدد الهدف Limited-goal" و"المتسلسل Serial". والعلاج الاستراتيجى Strategic، المختصر السريع abbreviated (Lazarus & Fay, ١٩٩٠).

والعلاج محدد الوقت time-limited therapy عادة ما يعنى ذلك النوع من العلاج الذى يتضمن عدداً محدداً ومحدوداً من الجلسات، وله تاريخ انتهاء محدد (Dryden & Feltham, ١٩٩٠) لذلك فربما يفتقد إلى المرونة التى يستطيع من خلالها استنباط التكوين المفهومى لمشكلات العميل (أنظر البند الثانى من الخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى فى الفصلين الثانى والثالث) وصولاً إلى نهاية العلاج، كما فى العلاج المعرفى السلوكى المختصر. وفى الممارسة العملية؛ فإن التفرقة بين العلاج المختصر، والعلاج محدد الوقت من الناحية الاصطلاحية تُعد غائمة نسبياً، فقد يستخدم المتخصصون مصطلحاتهم الخاصة بهم. وأياً كان فالعلاج المختصر يفترض عدداً مبدئياً من الجلسات (مثلاً ٦ جلسات كل جلسة من ٥٠ دقيقة) وعندما يتم إحراز قدر من التحسن يتم التخطيط لعدد آخر من الجلسات المستقبلية على حسب ما تتطلبه خطة العلاج. ويساعدنا ذلك على التعرف على الفرق بين العلاج المعرفى السلوكى المختصر جيد التخطيط. والعلاج المختصر غير الجيد (Budman & Gurman, ١٩٨٨) وأشار بارى (Parry, ١٩٩٢) إلى أن "أغلب العلاجات حتى تلك العلاجات طويلة المدى، قد تتحول إلى علاجات قصيرة المدى ويرجع ذلك إلى حدوث تآكل فى العلاج attrition (مثل إنهاء العلاج قبل اكتماله). لذلك فالعلاجات محددة الوقت ربما هى نتاج التعرض الطويل المدى للخبرات العلاجية (Hauard et al, ١٩٨٩)

والعلاج المختصر كما تم تعريفه في بداية هذا الجزء، يستخدم الوقت بشكل أكثر مرونة. فليس شرطاً أن تكون الجلسات ذات طول واحد، أو مسافات بينية متساوية؛ فالجلسات الرئيسة يمكن أن تتخللها جلسات قصيرة عبر الهاتف على سبيل المثال. وبالرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي المختصر قد يستخدم الوقت بشكل أكثر مرونة، فإنه غالباً يركز على أهداف العميل من خلال إطار عمل خاص بالتكوين المفهومي الذي سوف نقدمه في سياق الفصل الثاني والذي سيتم تطويره في فصول لاحقة. والأمر الذي قد يفاجئنا أنه في سياق تعريف العلاج المعرفي السلوكي المختصر لم يتم تحديد فترة زمنية لطول مدة العلاج. وأياً كان فنظراً لاختلاف الأفراد فيما بينهم فيما يتصل بطبيعة مشكلاتهم، وأنماط شخصياتهم والمواقف الحياتية التي يتعرضون لها، وأسلوبهم الشخصي، وكفاءة حل المشكلات، والذكاء إلى جانب عديد من المتغيرات الأخرى؛ فنجد أنه من الصعوبة وضع حدود زمنية صارمة للعلاج المختصر. ويفترض كل من بدمان وجورمان ١٩٨٨ في كتابهم الرائع "نظريات العلاج المختصر وممارساته" Theory & Practice of Brief Therapy أنه ليس هناك طول لعدد الجلسات، فجوهر العلاج المختصر لا يتحدد من خلال خصائص زمنية عددية لكن يكمن في قيمة وأهداف واتجاهات كل من المعالج والعميل. والقيمة النموذجية العامة لأي علاج مختصر والتي حددها هذان الباحثان تم صياغتها في الفقرة التالية، وسوف نجد انعكاساتها الأساسية في خصائص العلاج المعرفي السلوكي، الذي تم تناوله في الفصل الثاني من خلال عملية العلاج المعرفي السلوكي المختصر، بالإضافة إلى تفصيلات إضافية على طول الكتاب الذي بين أيدينا.

١- العلاج مقتصد وعملي parsimoniaus and pragmatic حيث لا تبذل أية محاولات لإعادة بناء شخصية العميل وخصاله الأساسية، فيفترض أن التغيرات في منطقة ما للفرد أو في حياته سوف تمتد إلى المناطق الأخرى.

٢- ضرورة التعرف على الجوانب الارتقائية الحتمية للتغيرات النفسية على مدى حياة الفرد (Gillian, ١٩٨٢; Neugartn, ١٩٧٩ & Vaillant, ١٩٧٧) حيث تستخدم كتأثيرات علاجية.

٣- يتم قبول مشكلات العميل كما هى.. كما يتم التعرف على مصادر قوته وطاقاته، وينتفع بها فى سياق العملية العلاجية وذلك بدلاً من التركيز على مناطق العجز والضعف والمرض.

٤- هناك عديد من التغيرات الإيجابية التى قد تطرأ على الفرد بمجرد انتهاء فترة العلاج، وقد لا يتسنى للمعالج رؤيتها (أنظر: ١، ٧).

٥- العلاج الكفء ليس عملية فاقدة للإحساس بالوقت، إنما سيتم وضع الحدود الزمنية فى حينها.

٦- قد يكون العلاج النفسى غير فعال إذا ما تم تطبيقه دون انتقاء (Frances, & clarkin, ١٩٨١).

٧- العلاج مَعْنِىٌ بالوصول إلى نهاية ما، لكن ليس هو النهاية ذاتها، فالحياة أهم من العلاج.

وهنا لا نقترح وضع مدى زمنى محدد للعلاج المختصر، بل تم التأكيد أن جوهر العلاج يكمن فى قيم values، واتجاهات attitudes وأهداف aims كل من المعالج والعميل. وفى الممارسات العيادية، يقوم المعالجون المتخصصون فى العلاج المختصر بوضع حدود زمنية على هيئة عدد من الجلسات، وقد يختلف عدد هذه الجلسات من معالج إلى آخر، فمثلاً: استخدم مالان (Malan, ١٩٩٥) عدد ٣٠ جلسة كمدى زمنى كلى للعلاج، فى حين ذكر دريدن (Dryden, ١٩٩٥) خطة من ١١ جلسة، كما أن باركام، وشابيرو (Barkham & Shapiro, ١٩٨٨) وباركام وآخرون (Barkham, et al., ١٩٩٢) قدموا نموذجاً يسمى (٢+١) "two-plus one" حيث كان يتم تقديم جلستين متتاليتين على مدى أسبوعين

ويعقبهما جلسة بعد مرور ثلاثة أشهر للمتابعة، وبحث تالمون (Talmon, ١٩٩٠) نموذج العلاج من جلسة واحدة Single session therapy (SST)، وقد اقترح بوتشر وكوس (Butcher & Koss, ١٩٧٨) أن ٢٥ جلسة هى حد أقصى للعلاج المختصر.

إن تقديم معلومات عن طول مدة العلاج أمرٌ مفيد لعدة أسباب:

أولها: يتوقع العميل أن معدل الجلسات العلاجية يتراوح بين ٦- ١٠ جلسات (Garfield, ١٩٧١).

وثانيها: أنهم يمكثون فى العلاج بمعدل يتراوح بين ٦- ٨ جلسات (Garfield, ١٩٧٨; ١٩٨٦).

ثالثها: أنه أيضاً فى خلال ٦- ٨ جلسات تظهر النتائج العلاجية الإيجابية وبشكل مستمر (Smith, et al., ١٩٨٠)، لكن يحدث نقص فى المكاسب العلاجية خلال الجلسات العشر اللاحقة تقريباً، ويدعم هذه النتيجة ما انتهى إليه هوارد وآخرون (Howard, et al., ١٩٨٦) فى دراسة استخدموا فيها التحليل البعدى، حيث أشاروا إلى أن ٥٠٪ من الأفراد يتحسنون بشكل جوهرى فى الجلسة الثامنة، و٧٥٪ يتحسنون بعد ٢٦ جلسة، و٨٣٪ يتحسنون بعد ٨٢ جلسة. ويشير كل من أورلنسكى وهوارد (Orlinsky & Haward, ١٩٨٦) إلى أن "هناك تناقصاً ملحوظاً فى المكاسب العلاجية، مع زيادة الجهد المبذول لإحداث تغيير ملحوظ فى مدى تحسن العميل". والمعالجون المعرفيون السلوكيون المتبنون للعلاج المختصر يتبنون البند الأول من اللائحة السابقة فهم لا يطلبون تغييراً كاملاً فى شخصية العميل، إنما يهدفون لإحداث تحسنٍ كافٍ له، لاعتراك الحياة بشكل أفضل حيث يمكن أن يتحقق مزيد من المكاسب فيما بعد، وقد وجد كل من تيسدال (١٩٠٤) Tesrdal، وسكوت (١٩٩٢) Scott أن النموذج المعرفى يتم محاكاته سريعاً من قبل

بعض العملاء الذين وجدوا أن هذه التدخلات السريعة والقصيرة ذات فائدة عالية لهم.

من سوف يستفيد؟

يعرض الفصل الثالث من هذا الكتاب - التقدير النفسى أو التقييم Assessment - لبعض نماذج مفترضة من المشكلات، وبعض الخصال والخصائص الشخصية لأفراد عاشوا هذه المشكلات، وسوف يساعدك ذلك فى تقرير ما إذا كنت ستقدم العلاج المعرفى السلوكى المختصر لشخص معين يطلبه ويحتاجه، أم لشخص يطلب العلاج بوجه عام؛ ويعرض الفصل أيضاً لعدد من مناطق المشكلات التى يجب أن تتصدى لها البحوث، وكذلك يعرض لنا متى، ولمن يكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر مفيداً وفعالاً؟ ونعتقد أن النموذج المعرفى الذى تم عرضه فى سياق الفصل الثانى، إنما هو نموذج عام للكفاءة الوظيفية النفسية عموماً، لذلك فهو يمكن تطبيقه على معظم أنواع المشكلات النفسية، مع إجراء بعض التعديلات المناسبة.

وكما سيتم الإشارة فى هذا السياق لاحقاً، فإن العلاج المعرفى السلوكى يستعير أساليبه وأدواته ويستخدمها فى سياق العملية العلاجية، على أن تكون هذه الأساليب والأدوات متسقة ومتناغمة مع النموذج العام للعلاج النفسى.

وعندما نأخذ فى الاعتبار المستفيدين من العلاج المعرفى السلوكى المختصر فيجب على المعالج أن يسأل نفسه سؤالاً مهماً وهو: هل هذا الشخص سيستفيد جوهرياً من هذا النوع من أشكال العلاج النفسى، أو أنه يمكن لنوع آخر من العلاج، فى نفس المدة، أو أطول، أو العمل مع معالج آخر قد يكون أكثر ملاءمة وإفادة له؟ وافترض لازاروس (١٩٨٩) Lazarus أن ملاءمة شخص ما لنموذج معين من العلاج النفسى، إنما تتحدد بناءً على التقييم منذ

البداية، وبناءً على هذا التقييم يتم توجيهه للأفضل. وقد أشار كل من بيرفين وبراولى (١٩٨٩) Bervin & Bradley إلى أن العملاء قد يحرزون تقدماً أفضل بناءً على توجهاتهم العلاجية وتفضيلاتهم. وكذلك وجد كل من وانيجاراند وباركر (١٩٩٥) Wanigarand & Barker عبْر دراستهم عن الأساليب العلاجية المستخدمة فى إحدى المستشفيات فى يوم واحد أنه بشكل عام كان أسلوب العلاج المعرفى السلوكى هو أكثر تفضيلاً، وذلك بمقارنته بالأساليب العلاجية الأخرى مثل العلاج النفسى الدينامى Psychadynamic، والإنسانى Humanistic، والأساليب الأخرى.

وورد فى ثنايا الفصل الثانى ما يؤكد أهمية العلاقة العلاجية theraputic relationship. فقد أورد بارلوف وزملاؤه (Parloff, et al., ١٩٧٨) بعض الدلائل على أن توافق العميل والمعالج فى بعض الخصال الشخصية هو أحد المكونات المهمة فى كفاءة العلاقة العلاجية. والمعضلة التى سوف تواجهك فى أن الخصائص المعطاة فى فصل التقييم والتى تشير إلى ملاءمة الفرد للعلاج المعرفى السلوكى المختصر، قد تتشابه مع تلك الخصائص الملائمة للعلاج طويل المدى (Levin, ١٩٦٢, Zetrel, ١٩٦٨). وعلى الرغم من أننا ذكرنا عدداً من العوامل التى تشير لدور الملاءمة عند تلقى العلاج المعرفى السلوكى قصير المدى فإن الموقف أو الوقت لا زال مبكراً لحسم هذه القضية ويحتاج إلى قدر أكبر من التطبيق العملى.

وقد وافق بعض المعالجين على تخصيص عددٍ من الجلسات العلاجية (من ١- ٣) (محاولات قبل علاجية pretheropy trial) للتحقق من مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفى السلوكى (Budman, ١٩٨١; Budman & Clifford, ١٩٧٩, Budman, et al., ١٩٨١ & Sachs, ١٩٨٣) . وقد رأى فيلثام (١٩٩٧) Feltham أن الهدف من ذلك هو الوصول إلى المعالج الأمين، الواعى، ذو الخبرة الكافية،

والذى يتمتع بقدر رعال من المرونة، والذى يستطيع أن يقدم إرشاداً فردياً مناسباً، وعلاجاً مفيداً وفريداً للعملاء.

وفي محاولة الإجابة عن السؤال السابق والخاص بمدى ملاءمة نوع معين من العلاجات لشخص بعينه، يبرز سؤالان هما: هل يمكن أن يستخدم العلاج المعرفي المختصر وحده؟ وهل يمكن أن يستخدم جنباً إلى جنب (مصاحباً أو ملازماً) لأنماط وأساليب أخرى من التدخلات العلاجية؟ ويكون العلاج المعرفي السلوكي المختصر أكثر تفضيلاً وملاءمة لعديد من الأفراد نظراً لطبيعة مشكلاتهم، والحاجة إلى إحداث تغيرات سريعة، وإحراز تقدم وتحسن سريع وثابت بعد انتهاء فترة العلاج والعلاج المعرفي السلوكي المختصر هو علاج براجماتي pragmatic، وقد يستخدم مع أنواع أخرى من العلاجات، فهو علاج ذو كفاءة في علاج الاكتئاب (Scott, et al., ١٩٩٤) ومرضى الإقامة الوقتية بالمستشفى (Bleeck & Lefkovitz, ١٩٩١)، ويفترض مركز بنسلفانيا للعلاج المعرفي Pennsylvania Center for Cagmitive Therapy أن العميل قد يستفيد أحياناً من تصاحب العلاج الفردي Individual therapy مع العلاج الزواجي couple therapy، والعلاج الجمعي group therapy وجماعات المساعدة الذاتية self-help groups (Ruddell & Curwen, ١٩٩٧).

متى ينتهي؟

لا يهدف العلاج المعرفي السلوكي المختصر إلى إعادة تشكيل شخصية الفرد أو خصاله الأساسية. ولا يهتم كذلك بالتعرف على تفاصيل العمليات الارتقائية (انظر: ١، ٢). ويعتقد بعض المعالجين أن نموذج الرعاية الأولية primary care model قد يكون ملائماً للعلاج والإرشاد النفسي حيث يمر العميل بعدد من المسارات العلاجية على مدى حياته تستخدم خلالها أساليب وتدخلات

عديدة (Budman & Gurman, ١٩٨٨; Cummings, ١٩٩٠ & Cummings & Sayama, ١٩٩٥). وكل علاج نفسى عبر حياة الشخص هو علاج مرحلى epiradic أو علاج متسلسل قصير المدى serial short-term therafy. ولإدراكنا أن العلاج النفسى لا يحاول إعادة بناء الشخصية، وغالباً ما يفشل فى حماية العميل من المعاناة من بعض المشكلات النفسية الأخرى التى قد تصيبه فى أية فترة من فترات حياته، والتى قد تطرأ نتيجة عمليات الارتقاء، أو مواقف الحياة الضاغطة والمحبطة، فإننا نرى أن هذا النموذج يكون متوافقاً مع العلاج المعرفى السلوكى المختصر، ولذا فقد يفقد هذا العلاج قيمته ويكون غير مساعد إذا لم يتم تقديمه بشكل انتقائى.



الفصل الثاني

إطار العمل المعرفى السلوكى

الفصل الثانى

إطار العمل المعرفى السلوكى

The cognitive Behavioural Framework

سوف يوضح هذا الفصل بشكل مختصر، المبادئ والممارسات الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى، والمبدأ الأساسى والمركزى للعلاج المعرفى السلوكى هو أن الأفكار thoughts، والوجدان emotion، والسلوك behaviour، والجوانب الفسيولوجية هى كلها مكونات لنظام موحد unified system، فالتغير الحادث فى أى مكون منها يكون مصحوباً بتغير فى المكونات الأخرى. فعلى سبيل المثال: لو انفجر جهاز التلفاز فجأة أثناء مشاهدة شخص له، فهذا الفرد سوف يمر بتغيرات فسيولوجية (ارتفاع مستوى الأدرينالين فى الدم)، وتغير سلوكى سريع (التحول من الهدوء أثناء المشاهدة إلى القفز والجرى والبحث عن مطفأة حريق أو الاتصال بوحدة الطوارئ)، وانفعالات معينة (الشعور بالقلق والهلع)، مع بعض الأفكار (المنزل سوف يحترق، وسوف أصاب أو أموت). والعلاج المعرفى السلوكى يدرك الطبيعة الموحدة لهذا الكل المتآلف. وهذا المثال لا يعرض مشكلة نفسية، ولكن عندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغيرات الحادثة تتركز فى بؤرة الأفكار غير السارة. وعند قراءة المثال السابق يعتقد الفرد أنه لن يمر بهذه الخبرة كما تم عرضها ولن يتصرف بالطريقة نفسها، والعلاج المعرفى السلوكى ينظر لذلك بعين الاعتبار بافتراض أن كل فرد يستحضر فى الموقف نفسه مدى مختلفاً من المشاعر، والاستجابات الفسيولوجية، والسلوك؛ وتعتبر الأفكار هى الموجه لهذه المكونات الثلاث، حيث أنها ليست ناشئة عن الموقف بشكل أساسى، وإنما تتوقف على الطريقة التى ينظر بها كل منا للموقف نفسه، ومن ثم فقد تم الإشارة إليه منذ عصور قديمة قبل التاريخ وفى فجر التاريخ حيث دون

إبكتيتوس Epictetus(*) أن الناس لا يضطربون بسبب ما يمرون به من أحداث ومواقف بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف. وحذا حذوه في هذه الوجهة من النظر آخرون من علماء العصر الحديث مثل أرنولد Arnold (١٩٦٠)، وبيك Beck (١٩٦٤)، واليس Ellis (١٩٦٢)، وكيلي Kelly (١٩٥٥)، ولازاروس Lazorus (١٩٦٩). وقد نمى بيك Beck العلاج المعرفي وبدأ عمله مركزاً على الاكتئاب.

وتتلخص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في:

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.
- أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي إلى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).
- هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم).

ويوجد نوعان من التفكير تم التركيز عليهما في بؤرة العلاج المعرفي السلوكي هما: الأفكار الآلية automatic thoughts، والمعتقدات الخبيئة أو المضمرة underlying beliefs .

الأفكار الآلية:

هي مصطلح أطلقه "بيك" على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لا إرادي خلال تدفق الوعي الشخصي (Beck & Greenberg, ١٩٧٤). وتوجد عدة مصطلحات شبيهة وتعد مرادفات لها من قبيل "العبارات الداخلية" internalized statements، و"العبارات الذاتية" Self-statements، و"الأشياء التي

(*) هو أحد الفلاسفة الرواقيين اليونانيين القدماء وكان عبداً وأعتقه سيده (٥٥ ق.م / ١٣٥م).

تخبر بها نفسك things you tell yourself " (Ellis, ١٩٦٢) و"الحديث الذاتى self-talk" (Maultrby, ١٩٦٨) .

المعتقدات المضمرة:

هى المعتقدات beliefs والافتراضات assumptions التى تنتج الأفكار والصور الذهنية التى تشكل محتوى الأفكار الآلية. ويمكن فهم العلاقة بين الأفكار الآلية، والمعتقدات المضمرة بالنظر بشكل موجز إلى مصطلح المخططات schemas فالمخططات عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل، وكبناءات لتذكر المعلومات وتفسيرها، وكإطار عمل منظم لحل المشكلات problem solving . وكل منا يتبنى مدى واسعاً من المخططات التى تمكننا من تكوين حس عام للعالم، ووضع أى معلومات وخبرات جديدة داخل سياق (Rumelhart, ١٩٨١; Rumelhart & Ortony, ١٩٧٧ & Rosen, ١٩٨٣). وهى مثل النظام الشامل الذى يستخدمه كل منا لكى يتعامل مع العالم، وتلك الأنظمة يبدأ تشكلها منذ الطفولة المبكرة، وبمجرد تشكلها فهى ترشد معالجة المعلومات information processing وتوجهها كما توجه السلوك (Bartlett, ١٩٣٢) وتشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك ويتصرف ويدرك نفسه، والآخرين، والعالم وهى مرتبة تصاعدياً تبعاً للأهمية. فمثلاً فى حالة التلفاز المتفجر الشخص الذى يعتنق معتقداً مضمراً مفاده "النار دائماً تسبب الموت" من المحتمل أن يشعر بالهلع panic، ويُهاجم بالأفكار الآلية مثل "سوف أموت" مصحوبة بصور سلبية مثل تصور جسد متفحم تغطيه النار، فى حين أن الشخص الذى يعتنق معتقداً مفاده "أن الحرائق خطرة فى حال عدم السيطرة عليها" قد يشعر بحاجته للتصرف بشكل جيد ومناسب وقد تنتابه أفكار آلية من قبيل "أقطع الكهرباء. أطلب المساعدة الآن" وتكون مصحوبة بصور وتصورات ذهنية مساعدة وبناءة للتعامل مع الموقف. والشخص الذى يعتنق معتقداً فى قمة الترتيب مفاده "الحياة خطرة"

سيميل إلى إظهار القلق فى مدى واسع من المواقف. وعندما يوجد معتقد مثل ذلك فى قمة الترتيب ويؤثر على قطاع واسع من حياة الفرد يُعرف على أنه معتقد محورى care belief ونحن نتبع وجهة نظر "بيك" فى أن المخططات هى بناءات معرفية داخل العقل، فى حين أن المعتقد المحورى هو المحتوى الخاص لها specific content (Beck, ١٩٦٤). لكن عديداً من المتخصصين يستخدمون كلا المصطلحين بشكل ترادفى (Paderky, ١٩٩٤) والمعتقدات المحورية تعمل فى مستوى بدائى فهى كلية global، وجامدة rigid، ومفرطة التعميم overgeneralized .

المعتقدات الوسيطة Intermediate Beliefs:

تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية عدداً من المعتقدات الوسيطة (شكل ١)، وهى مركبة من اتجاهات attitute وقواعد rules والمفروض أو الافتراضات.

- الاتجاه: من المفزع أن أكون فى خطر.
- القواعد (التوقع): يجب أن أكون آمناً دائماً وأتصرف بحرص.
- الفروض: لو تصرفت بحذر غالبية الوقت ستكون الحياة أقل خطورة.

المعتقدات المحورية	المعتقدات الوسيطة	الأفكار الآلية
كلية	اتجاهات	عاصفة من الأفكار
جامدة.	قواعد/ توقعات	الخيالات
عامة	افتراضات	كلمات/ عبارات.

شكل (١): موقع المعتقدات الوسيطة.

وضحنا بشكل مختصر البناءات المعرفية التى تحمل مفتاح الصعوبات النفسية التى يمر بها الفرد. فكيف يمكن للمعالج المعرفى السلوكى مساعدة العميل على قهر هذه الصعوبات من خلال علاج مختصر؟ وقد أوضح

كل من تروكس وكاركوف (Truax & Carkuff, ١٩٦٧) المهارات الإرشادية وعرفاها وحدداها كما يلى:

١ – كن متعاطفاً بشكل واضح.
٢ – كن مع العميل.
٣ – كن متفهماً ، أو مدركاً لما يطرحه العميل.
٤ – تواصل بتعاطف مدرك ومتفهم.
٥ – تواصل بنظرة إيجابية غير مشروطة.

إلى جانب هذه المهارات الإرشادية الأساسية ، يوجد عدد من الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى التى تمكن المعالج من مساعدة العميل على توضيح، واستكشاف أسس الأفكار التى تقود إلى المشاعر والسلوك، وتفضى إلى بعض الأرجاع الفسيولوجية كما ذُكِرتَ سابقاً. ويرى بعض المعالجين أنه من المناسب أن نُرمَزِّ هذه الأسس والقواعد بـ أ ب ج. حيث (أ) تعنى الحدث المثير، (ب) تعنى المعتقد ، (ج) تعنى النتائج. (Ellis, ١٩٦٢, ١٩٧٧)

أ : الحدث المثير Activating event : انفجار التلفاز.

ب : المعتقد Belief : أنا فى خطر محدق.

ج : المترتبات (النتائج) Conrequence : القلق.

و "أ" (الحدث المثير) قد يكون حدثاً فعلياً واقعياً مثل انفجار التلفاز ، أو خبرة، أو حتى مجرد فكرة، أو أحد أحلام اليقظة ، أو صورة أو انفعال عمّا يعتقده الشخص أو يفكر به. و "ب" (المعتقد)، ربما يكون معتقداً محورياً ، أو افتراضات ضمنية مضمرة، أو معتقداً وسيطاً داخلياً ، أو فكرة آلية. ويذكر بيك "أنه فى كثير من الأحيان، يظهر التفكير اللاتوافقى فى شكل صورى أو تصويرى بدلاً من أو إلى جانب الشكل اللفظى" (Beck, ١٩٧٠). و "ج"

(النتيجة) قد تكون أى شئ أدت إليه الفكرة أو المعتقد (ب) مثل انفعال ما (الخوف)، أو سلوك (الهرب)، أو استجابة فسيولوجية (الخفقان palpitation).

والعلاج المعرفى السلوكى يشجع العملاء باستمرار وبشكل تدريجى على التعرف على انفعالاتهم وقبولها، ليتتبعوا أفكارهم الآلية وكذلك المعتقدات المضمرة (الوسيطة والمحورية). وعندما يتم التعرف على العلاقة أو الرابطة بين الأفكار (المعتقدات) والانفعالات (النتائج) يمكن فقط هنا إحراز تقدم من خلال العلاج المعرفى السلوكى. وبمجرد أن تبدأ هذه العملية يُشجع العميل على أن يبحث عن دليل يدعم معتقداته غير المعقولة. والقدرة على إيجاد أى دليل يمثل تحدياً لكل معتقد غير مساعد ولا عقلانى، حيث يتم إعادة تشكيلها بصورة أكثر توافقاً. وهذه المعتقدات العقلانية الجديدة تدعم تعديل الانفعالات المحبطة والسلوك. وللمساعدة فى هذه العملية يتم استخدام نموذج الأفكار الآلية بشكل عام وتستخدم كل من المعتقدات والانفعالات للمساعدة فى تغيير الأفكار والفروض عبر الوقت.

أخطاء التفكير Thinking errors:

تعرف أخطار التفكير بأنها تشويهات معرفية cognitive distortions أو أنها تفكير ملتوى twisted (Burns, ١٩٨٠, ١٩٦٩). وتحديد الأفكار الآلية وأخطاء التفكير المتضمنة داخلها تؤدى دوراً رئيسياً فى العلاج المعرفى السلوكى، ويميل العميل إلى عمل أخطاء ثابتة فى التفكير، ويساعد المعالج العميل فى تحديد هذه الأخطاء أو التشوهات المعرفية. والعملاء يواجهون بانطباع أن الأفراد عندما يحبطون انفعالياً فهم غالباً ما يكونون لديهم أفكاراً مصاحبة وقد تبدو فى هذا الوقت مقبولة وصادقة لكن بعد فحصها عن قرب يكتشفون أنها غير مساعدة وغير واقعية وغير متسقة مع الواقع. وأكثر الأفكار الآلية التى تشتت العميل تكون أفكاراً مشوهة وغير واقعية.

وسوف يتعلم العميل كيف يحدد أخطاء التفكير التى تؤدى إلى المزاج السلبى، ومن المهم أن نوضح للعميل أنه ليس وحده الذى يعانى من تلك الأفكار أو هذا التشوه المعرفى لكنها عامة وشائعة لدى كل الجنس البشرى لكنها تتضح وتتوالد مع الكرب الانفعالى وتم تحديد أخطاء التفكير الشائعة فى الأنماط الآتية:

١ – تفكير الكل أو اللاشئ (التفكير الثنائى):

All or nothing thinking (dichatamous thinking)

حيث يدرك الشخص نفسه والآخرين والمواقف والعالم وفقاً لفئات حادة متطرفة، ويميل هذا النمط من التفكير إلى أن يكون مطلقاً ولا مجال فيه لبصيص من أمل، فمثلاً الأم التى ترى نفسها سيئة تماماً لأنها محبطة من طفلها الصغير، وترى الأمهات الأخريات يتمتعن بالصبر على أولادهن، لذلك فهى ترى الأمهات الأخريات كلهن بشكل عام أفضل منها، ويعد هذا النمط من التفكير نمطاً غير واقعى تماماً.

٢ – الشخصنة واللوم Personalization and blame:

وفى هذا النوع من أخطاء التفكير، يلوم الفرد نفسه على كل ما يحدث من أخطاء، ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية؛ ويجعل الفرد نفسه مسئولاً بصفة شخصية عن حدث قد يكون بعيداً عن سيطرته، فمثلاً متدربة صغيرة تعتقد أن مدربها فظ وجاف معها نتيجة أخطائها، وقد أغفلت الجزء الخاص بالآخرين الذين قد يكون لهم دوراً فى إفساد احتمالية كونها مسئولة كلية عما يحدث. وقد يحدث أيضاً العكس، وهو أن يلقى الفرد باللوم على الآخرين نتيجة ما تعانيه من مشكلات وظروف، ولا تعتقد أنها تشترك فى جزء من المشكلة، مثل المرأة التى تلوم زوجها طول الوقت على فساد وتحطم حياتها الزوجية.

٣ — التفكير الكوارثي (قراء المستقبل) Catastrophizing (Future telling):

وهنا يتوقع الفرد (سوء الحظ) وسلبية المستقبل ويعتقد في أشياء سوف تعود عليه بأمور سيئة. ويشيع هذا الخطأ في مشكلات القلق (Ellis, ١٩٦٢)، حيث يميل العميل إلى إمعان النظر والاستغراق في الاحتمالات والنتائج الأسوأ للموقف. ومثال على ذلك، المدير الناجح الذي هو بصدد عمل عرض للشركة فهو يكون منشغلاً بأفكار من قبيل سوف أرتكب أخطاء أثناء العرض، سوف أتسبب في خسارة الشركة، أو أنه سوف يفقد وظيفته ويصبح عاطلاً.

٤ — الاستنتاج الانفعالي Emotional reasoning:

وهنا يرسم الأفراد نهاية حدث ما بناءً على إحساسهم الداخلي متجاهلين أي دلائل على إمكانية حدوث العكس. فمثلاً الشاب الذي ينتظر شريكته الجديدة فهو يشعر بالحزن والرفض ويقول لنفسه "لقد نبذت" ويفشل في أن يفترض أنها ربما قد تكون قد تأخرت في العمل، أو أنها لم تلحق الحافلة في موعدها، أو أن سيارتها تعطلت... إلخ.

٥ — عبارات يجب ولازم Should or must statements:

وهنا يكون لدي الفرد فكرة ثابتة عن نفسه، أو عن الآخرين، والعالم "تترجمها أفعال ينبغي"، و"يجب" أن يكون. فالتفضيلات والتوقعات تم تحويلها إلى طلبات جامدة متصلبة. وعندما لا توافق هذه المطالب مشاعر الفرد فإنه يُحبط ويكدر انفعالياً ويبالغ في مدى الكرب والسوء الذي هو فيه عندما لا تتحقق توقعاته، فمثلاً: لاعبة الجمباز التي تؤدي تمريناً صعباً على جهاز المتوازي تقول لنفسها "لا يجب أن أرتكب أي أخطاء" وقد يؤدي بها هذا النمط من التفكير إلى الشعور بالكرب والإحباط وقد تنقطع عن التدريب لعدة أيام.

٦ – التنقية العقلية (التجريد الانتقائي) Mental filter (selective abstration):

يوجه الفرد هنا اهتماماً وانتباهاً خاصاً لأحد التفاصيل السلبية وينشغل بها بشكل لا نهائي، متجاهلاً أي من التصورات الإيجابية الأخرى، فهو لا يرى الصورة بشكل كلي لكنه فقط يركز على الجانب السيئ فيها فمثلاً: المرأة الشابة التي تتلقى كثيراً من الإطراء والمديح، أو التعليقات الإيجابية عن طريقتها الجديدة في تصفيف شعرها، إلا أن صديقة واحدة لها عبرت عن عدم حبها لهذا الشكل فهي تضع هذا التعليق داخلها لأيام وقد تلبس قبعة.

٧ – العجز أو عدم النظر للإيجابيات: Disqualifying or discounting the positive:

حيث يتجاهل الفرد أي إيجابيات لأي موقف ويخبر نفسه أن هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب فمثلاً: الطاه الذي يطهو وجبات ممتازة في معظم المناسبات لكنه لا يعطي نفسه أي قيمة فهو قد يعد وجبة غير شهية في أحد المناسبات ويعتبر نفسه بناءً على ذلك أنه طاه غير مبدع وغير جيد.

٨ – التعميم الزائد Overgeneralization:

يفكر الشخص على هذا النحو لأنه مر بخبرة سيئة مرة، فهي سوف تحدث له دائماً فهو يقوم بعمل تعميم شامل على كل المواقف من خلال موقف واحد. فالرجل الذي يذهب لمقابلة لوظيفة ما لكنه لا يوفق فيها، فسوف يعتقد أنه سيُرفض في كل وظيفة يتقدم لها.

٩ – التضخيم والتهوين Magnification & Minimization:

الفرد الذي يتبنى هذا النوع من التفكير عندما يدرك نفسه، والآخرين، أو المواقف سيميل إلى التضخيم أو المبالغة للمكونات السلبية وأيضاً يقلل من الإيجابيات أو يسقطها من حساباته.

١٠- العنونة Labelling:

حيث لا يرى الفرد نفسه أو الآخرين تبعاً لمصطلحات الكل أو اللاشئ فقط بل يذهب أبعد من ذلك فيطلق عناوين غالباً ما تكون إزدرائية. فمثلاً الأم التي قدمناها سابقاً قد تصف نفسها أو تطلق على نفسها "أم عديمة القلب". وعندما يتم تطبيق هذا الخطأ من التفكير على الآخرين فقد يقول المرء لنفسه "إنه فاسد وحثالة" فهو يرى الآخر على أنه سيئ تماماً لذلك فهو يشعر بالغضب والعدائية. والشخص الذي يرتكب خطأ في العمل فقد يطلق على نفسه أنه "غبي تماماً".

١١- القفز إلى النتائج (الاستدلال الجزافي):

Jumping to conclusions (arbitrary inference)

الشخص ذو التفكير المشوه بهذا النوع من أخطاء التفكير يستنتج أن النتائج ستكون سلبية بدون وجود دليل على ذلك، حتى لو كانت هناك دلائل تشير إلى وجود نتائج إيجابية. ويوجد نوعان رئيسيان من هذا النوع من أخطاء التفكير هما:

١- قراءة العقل Mind reading: الفرد الذي يفكر في أنه يعرف كيف يفكر الآخرون ولا يعطي اعتباراً لوجود أي احتمالات أخرى، فعلى سبيل المثال موظفة تعاني من القلق الاجتماعي social anxiety تعتقد أن

زملاءها في العمل ينظرون إليها على أنها غير كفء وغير متزنة في مدى واسع من المواقف.

٢- التنبؤ بالمستقبل Future telling: يتوقع الفرد أن أحداث المستقبل سوف تأتي على محمل سيئ، فمثلاً: الفرد الذي يكون بصدد إجراء فحص روتيني بالأشعة السينية X-ray على الصدر يتوقع مسبقاً أنه قد يكون مصاباً بالأورام السرطانية (أنظر: التفكير الكوارثي).

فئات أخطاء التفكير:

من الأهمية أن نشير إلى أن فكرة آلية معينة، أو معتقد، أو استدلال ما قد لا يحتوي فقط على واحد من أخطاء التفكير، بل عديد منها، وسوف يتم توضيح ذلك لاحقاً. وقد ذكرنا سابقاً أن الشخص يميل إلى تبني نمط من أخطاء التفكير قد يكون ثابتاً، فمثلاً قد يستخدم في أغلب مواقفه فئة مثل (القفز إلى النتائج) وأيضاً أفعال "يجب ولازم" والمشكلات الوجدانية مثل القلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب، كلها قد تميل إلى تبني فئة أساسية واضحة من التشوه المعرفي أو أخطاء التفكير المتعلقة بها، ويوضح شكل (٢) بعض فئات أخطاء التفكير الشائعة في مشكلات انفعالية وجدانية بعينها، ويمكن أن يستخدم ذلك لمساعدة المعالج في تحديد أخطاء التفكير الجوهرية لمشكلة بعينها، وأياً كان الأمر، فمن المهم الإشارة إلى أن الفئة التي يتبناها شخص معين، لمشكلة انفعالية معينة ومحددة سوف يغلب عليها طابع الفردية.

الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

قد وضحنا حتى الآن الآليات التي عن طريقها يقع الشخص في مشكلات انفعالية وإحباطات، وفي الجزء التالي من الفصل سوف نرشدك إلى الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، والتي عن طريقها يتم تطبيق النموذج العلاجي على مشكلة العميل. ويلخص شكل (٣) هذه الخصائص قبل أن نتناولها تفصيلاً.

	القلق الهلع العصبية	الاكتئاب	الغضب	الشعور بالذنب	الألم	الغيرة المرضية	الخجل/ الارتباك
الكل أو اللاشيء	✓	✓	✓		✓		✓
الشخصنة واللوم		✓	✓	✓			✓
التفكير الكوارثي	✓	✓				✓	✓
يجب وينبغي	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
التنقية العقلية	✓	✓		✓			✓
تجاهل الإيجابيات	✓	✓	✓				
التعميم المفرط	✓	✓					
التضخيم والتهوين	✓	✓			✓		
القفز إلى النتائج	✓	✓			✓		
١ - قراءة العقل			✓				
٢ - التنبؤ بالمستقبل						✓	✓
العنونة	✓	✓	✓	✓			✓
الاستدلال الجزافي	✓	✓			✓	✓	

شكل (٢) فئات أخطاء التفكير وشيوعها ضمن بعض المشكلات الانفعالية.

الأسلوب العلاجي.
صياغة المشكلة.
العلاقة التعاونية.
الإعداد والتخطيط للجلسات والعلاج.
العلاج محدد الهدف.
اختبار ومناقشة التفكير غير المساعد.
استخدام عديد من الأساليب المساعدة.
تعليم العميل أن يكون معالجاً لنفسه.
الواجب المنزلي.
تحديد الوقت.
جلسات التسجيل الصوتي.

شكل (٣) خصائص العلاج المعرفي السلوكي الأساسية.

١ - الأسلوب العلاجى Therapeutic style:

بدأنا بالأسلوب العلاجى لأنه غالباً ما يختلف فى سياق العلاج المعرفى السلوكى عن بعض الأشكال الأخرى من الإرشاد والعلاج. وفى العلاج المعرفى السلوكى يحضر العميل للعلاج مواجهاً لعدد كبير من المهارات والمعارف، لذلك يكون تابعاً للمعالج خاصة فى المراحل الأولى للعلاج لتوجيه مسار العلاج وتحديد التوجهات العلاجية. ويتميز أسلوب المعالج بالنشاط، والمباشرة، ويكون حساساً لإحداث التوازن فى التواصل بشكل متعاطف ومتفهم للعميل ويشترك مع العميل لتحديد أهداف العميل. وجزء من هذا الأسلوب العلاجى، يتعلق بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة عن مشكلة العميل، شاملة معارفه.

٢ - صياغة المشكلة Fomulation of problem:

يقوم المعالج بجمع كم كبير من المعلومات عن العميل، وعن مشكلته، ليس فقط عن طريق المعلومات اللفظية من العميل؛ إنما من خلال ملاحظات ومشاهدات المعالج نفسه، وأيضاً من خلال إجراء فحص موضوعى شامل للعميل فى فترة مبكرة من العلاج، وبناءً على هذا الكم من المعلومات، يتم صياغة المشكلة conceptualization . وبشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل فى ضوء المعلومات المتجددة.

وبشكل خاص يحدد المعالج التفكير الراهن للعميل الذى يرتبط بالسلوكيات المشكلة ويساعد على استمرارها، وكذلك رصد الانفعالات، والعوامل المرسبة والمفجرة التى ترتبط بالمشكلة الحالية والتى من شأنها أن تدعم السلوك غير المساعد، وأيضاً التعرف على تفسير العميل للأحداث الارتقائية الأساسية. وسوف يتم مناقشة صياغة المشكلة بشكل أكثر شمولاً فى سياق الفصل الثالث.

٣ – العلاقة التعاونية المشتركة Collaborative relationship:

يكون المعالج غير متحفظ بالنسبة لصياغة المشكلة، وغالباً ما يطرح بعض النقاط لمناقشتها مع العميل لإحراز تقدم في صياغة المشكلة، والعلاج المعرفي السلوكي ليس كبقية الأنواع الأخرى من العلاجات، فهو قابل للانتقال والتعلم، ولا يقدم كما لو كان ضروباً من السحر، إنما هو نوع من التعليم والتثقيف النفسي ويكون العميل واعياً ومستبصراً بالعملية العلاجية. وغالباً ما يتم استخدام قراءة بعض النصوص (العلاج بالقراءة Bibiliotherapy (Lazarus, ١٩٧١; Macarkill & Macarkill, ١٩٩١) ويشارك المعالج العميل في تصوراته مثل التعرف على الأفكار الآلية، والمعتقدات المشوهة ويوصي باتباع وإجراء الواجبات المنزلية Homework، ويشجع العميل على المشاركة التامة، وأن يتحمل المسئولية عن بعض القضايا العلاجية في مراحل مبكرة من العلاج.

ويتم تعميق من خلال انفتاح العلاج ووضوحه اشتراك كل من المعالج والعميل في وضع (جدول أعمال) لكل جلسة، وكذلك إعطاء وتلقي العائد بشكل مباشر ومستمر، ومن خلال عدد من المهارات العلاجية الأخرى التي ليست قاصرة على العلاج المعرفي السلوكي فقط (تم ذكرها سابقاً) يتمكن المعالج سريعاً من إقامة علاقة علاجية جيدة مع العميل.

وفي حالة التعامل مع بعض أنواع العملاء صعاب المراس، ووجود صعوبة في الوصول إلى المشكلات وتحديدها بدقة ووضوح (كالتعامل مع أشخاص ذوي اضطراب الشخصية الحدية)، فمن الضروري أن يستغرق المعالج وقتاً أطول، ويهتم بتأكيد ذلك بشكل صارم وذلك قبل التعمق في العملية العلاجية، وكما تمت الإشارة في موضع سابق من هذا الفصل، فالعلاج المختصر قد لا يكون مناسباً ومفيداً بدون تحديد واضح للمشكلة التي سيتم التعامل معها.

٤ – بناء الجلسات والعلاج Structur to serrions and to therepy:

أوضحت المناقشة السابقة، أن الجلسات العلاجية يتم التخطيط لها من خلال جدول أعمال، ويتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل، ولجدول الأعمال شكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى. ولاستخدام جدول الأعمال عدة مميزات واضحة فى سياق العلاج المختصر، فهو يسمح لكل من المعالج والعميل بتوظيف أمثل لوقتهم المحدود وبشكل أكثر كفاءة، ويساهم فى تأكيد أهمية النقاط التى يأمل المعالج تناولها أثناء الجلسة حتى لا تترك للنهاية أو يتم نسيانها جزئياً، وكذلك يساعد على التعاون على حل المشكلات ويمثابة موجه للعميل، ويمدنا بإطار عمل محدد وملائم لرصد التقدم العلاجى، وهو يمثل بناءً معرفياً يساعد العميل على فهم القضايا المركزية للعلاج المعرفى السلوكى، ويمكنه من تطبيق هذا البناء على نفسه بمجرد انتهاء العلاج. والبناء النموذجى للجلسات كما يلى:

١- فحص مزاج المريض.
٢- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلسات.
٣- وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
٤- تلقى العائد، والربط بين الجلسة الحالية والجلسات السابقة.
٥- مناقشة بنود جدول الأعمال.
٦- وضع الواجب المنزلى.
٧- طلب عائد فى نهاية الجلسة.

وهناك عدد من مكونات بناء العلاج ذات الأهمية نظراً لكفاءتها وفعاليتها، وتعتبر هذه المكونات ثابتة نسبياً طوال العملية العلاجية، لكن قد تتغير بعض التصورات والقضايا العلاجية مع تقدم العملية العلاجية، والعلاج المعرفى السلوكى يسلم بتداخل المراحل العلاجية، ويتم تعميق التقدم العلاجى

عن طريق طرح مهام ومسئوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع، وعلى سبيل المثال فإن تحديد الأفكار الآلية السلبية سيكون موضوعاً مركزياً في بداية العلاج، في حين أن تعديل المعتقدات المحورية غالباً لا تتم المحاولة فيها حتى مرحلة لاحقة من العلاج. وبناء الجلسات على هذا النحو يسمح بالتخطيط لنهاية العلاج، ولجلسات الوقاية من الانتكاس، وجلسات المتابعة، وأيضاً التخطيط لمواجهة العقبات المحتملة أثناء العملية العلاجية. ويتحدد بناء الجلسات تبعاً للمشكلة التي يواجهها العميل، فمثلاً لو تم تشخيص مريض بالرجوع إلى دليل التشخيص الإحصائي للأمراض العقلية في الطبعة الرابعة DSM-IV على أنه يعاني من النهم العصبي Bulmia nervora فربما نتبع المراحل العلاجية الثلاث التي وضعها فيربرن وكوبر (Faerburn & Coaper, ١٩٨٩).

٥ – العلاج الموجه نحو الهدف Goal-directed therapy:

لقد وضحنا الطريقة التي يعمل بها المعالج والعميل بشكل تعاوني معاً وعندما يحضر العميل للجلسة بمشكلة معينة فالمعالج يشجعه على صياغتها بصورة سلوكية، فمثلاً لو أشارت إحدى العميلات إلى أنها تشعر بالاكتئاب، فسيقوم المعالج بفحص كيفية ظهور الاكتئاب لديها فلو أفادت بأنها منعزلة اجتماعياً، وليس لديها شهية جيدة، وتعاني من نقص في الطاقة ومستوى النشاط عما كانت عليه من قبل،وفقدت قدرتها على الاستمتاع بنشاطات معينة كانت تسعدها في السابق، هنا فإن إعادة تقييم وصياغة هذه المهام قد تصبح من الأهداف النوعية للعلاج. وبشكل عام، فإن أي شخص يطلب العلاج فهو يطلب التغيير بطريقة ما، وهنا سوف يعمل المعالج معه بشكل تعاوني للوقوف على التغيرات الملائمة والمناسبة وذات الصلة بالعملية العلاجية ومشكلات العميل. وسوف يتم بناءً على ذلك وبشكل تعاوني أيضاً تحديد الأهداف وتقريرها، وكذلك تحديد المهام الضرورية التي من شأنها أن تحقق

تلك الأهداف. وفى بعض الأحيان قد يريد العميل تحقيق هدف يكون عائقاً فى سبيل التحسن، فمثلاً: قد يطلب أحد العملاء أهدافاً تتسق مع معتقداته غير الواقعية بأنه يجب أن يكون ممتازاً فى كل شئ وبكل الطرق وفى كل الأوقات، وفى هذه الحال يناقش المعالج ذلك بصراحة مع العميل، وإيضاح أنه لا يكون العلاج ملائماً إلا فى حالة وجود أهداف مناسبة وواقعية؛ وهنا فقط يكون العلاج المختصر مفيداً، وواقعياً، فالعلاج المعرفى السلوكى المختصر "هو علاج محدد الهدف" Goal limited therapy (انظر: Lazarus & Fay, ١٩٩٠). ولو كان العميل لديه عديداً من الأهداف فقد يكون من غير المناسب استخدام تدخلات علاجية مختصرة.

٦- فحص ومناقشة التفكير غير المساعد (المشوه):

Examins and questions unhelpbul thinking

إن حجر الزاوية فى العلاج المعرفى السلوكى مبدأ مؤداه أن الأفكار هى التى توجه السلوك وتستثير الانفعالات (فى بعض الحالات)، والاستجابات الفسيولوجية، ويحتاج الفرد إلى أن يغير ويستبدل تفكيره إذا أراد أن يتغلب على مشكلاته النفسية العديدة. واعتماداً على طبيعة المشكلة فربما يستلزم العمل على الأفكار الآلية، والأفكار الوسيطة، أو المعتقدات المحورية، ومن غير المحتمل أن بعض أشكال العلاج المعرفى مثل العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لأليس (Rational Emotive Behavior Therapy REBT) (Ellis, ١٩٩٤) والعلاج المعرفى السلوكى، ألا يواجه ظهور أنماط التفكير المشوه، ويستخدم المعالجون عمليات التساؤل السقراطى socratic uestioning حيث يشجع العميل على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير غير المساعد، وغير المنطقى ومن المهم فحص معنى معتقدات العميل قبل البدء فى العمل عليها، وتزداد تلك الأهمية خاصة عند التعامل مع المشكلات بشكل عبر حضارى (Ruddell, ١٩٩٧). وفرق آخر بين العلاج العقلانى الانفعالى والعلاج المعرفى السلوكى، أن هذا الأخير يعمل وبشكل رئيسى فى مستوى استدلالى خلال المراحل الأولى من

العلاج، فى حين أن العلاج الانفعالى السلوكى يعمل غالباً فى مستويات تقييمية. فمثلاً المدير الناجح (فى مثال سابق) الذى استدل أنه سوف يرتكب أخطاءاً أثناء العرض للشركة التى يعمل بها: فالمعالج المعرفى السلوكى قد يدعوه للنظر إلى الأدلة التى تؤيد هذا الاستدلال والبحث عنها: فلو كان الدليل مفقوداً فإن ذلك سيؤدى إلى أنه سيتخلى عن بقية المترتبات التى ترتبط بهذا المعتقد (عن أنه سوف يفقد وظيفته، أو سيتسبب فى خسارة الشركة أو أنه سيصبح عاطلا)، ومن جهة أخرى فإن المعالج المعرفى العقلانى الانفعالى السلوكى، سوف يفضل التركيز على الفروض التى قد تظهر وتؤيدها الأدلة مثل (أنا لا يجب أن أرتكب أى خطأ، ولو فعلت فلن يمكننى تحاشيه وإيقافه).

وتم وضع قائمة من الأسئلة عن المعتقدات والأفكار التى ربما يقابلها أو يستنتجها المعالج بواسطة بالمر، ودريدن (١٩٩٥) (Palmer & Dryden, ١٩٩٥) وأيضاً بالمر وستريكلاند (١٩٩٦) (Palmer & Strichland, ١٩٩٦). وتم عرضها فى جدول (١) وسوف يتم استخدامها بشكل مفيد فى سياق العملية العلاجية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى على مدى الكتاب الراهن، وأيضاً تم عرضها فى الملحق (١) مع أشكال أخرى من قوائم الأسئلة التى يمكن أن يسألها العميل لنفسه كأحد وسائل المساعدة الذاتية self-help aid وهى كما يلى:

١- هل هذا منطقى؟
٢- هل سيوافق الآخرون على منطقك؟
٣- ما الدليل على صحة معتقدك؟
٤- أين كُتِبَ هذا المعتقد (هو فقط جزء داخل رأسك)؟
٥- هل اعتقادك عقلانى وواقعى؟
٦- هل سيوافق أصدقاؤك وزملاؤك على فكرتك؟
٧- هل كل فرد يشاركك اتجاهك؟ لو الإجابة بـ (لا) لماذا لا؟

٨- هل تتوقع من نفسك أو من الآخرين أن تكون ممتازاً وكاملاً مقارنة ببقية الجنس البشرى.

٩- ما الذى يجعل الموقف مريعاً، ومخزياً، وفظيعاً؟

١٠- هل تعمل من الحبة قبة؟

١١- حسناً، يبدو ذلك سيئاً لمدة شهر، أو ثلاثة، أو ستة، أو اثنى عشر شهراً؟

١٢- حسناً، هذا سيكون مهماً فى مدة سنتين؟

١٣- هل تضخم أهمية هذه المشكلة؟

١٤- هل تتنبأ بالمستقبل بناءً على دليل واهى، وأن أسوأ حوار توقعته سوف يحدث فعلا؟

١٥- لو كنت لن تستطيع إيقافه فهل حقاً سوف تفشل وحدك؟

١٦- هل تركز على نفسك (أو على الآخرين) من حيث نواحى الضعف (أو الإهمال) فقط؟

١٧- هل تتعذب من التفكير فى أشياء سوف تحدث بدلاً من التعامل معها فى وقتها؟

١٨- ماذا يفعل بك هذا الاتجاه أو الفكرة؟

١٩- هل اعتقادك يساعدك على تحقيق هدفك؟

٢٠- لو أن صديقاً لك فعل الخطأ نفسه، فهل سوف تنتقده؟

٢١- هل تفكر بطريقة الكل أو اللاشئ: هل هناك مساحة وسطى؟

٢٢- هل تنعت نفسك، أو آخر أو شئ ما؟ هل هذا شئ منطقى وعادل لتفعله؟

٢٣- هل لمجرد حدوث مشكلة ما أن ذلك يعنى أنك أو هى أو هم، أغبياء وبلا فائدة وميئوس منكم؟

٢٤- هل هدف اعتقادك منصباً على حل المشكلة؟

٢٥- لو كنت لا تستطيع إيقافه أو تحمله ماذا سيحدث بالفعل؟

٢٦- هل تضع قواعد لنفسك أو الآخرين؟ مثل يجب، ولازم، ولو كنت كذلك فهل هى مساعدة وبناءة وملائمة؟

٢٧- هل تأخذ الأمور بشكل شخصي مبالغ فيه؟
٢٨- هل تلوم الآخرين بشكل غير عادل لمجرد أن تجعل نفسك (وقتياً) تشعر بتحسن؟

٧ — استخدام عديد من الوسائل والأساليب المساعدة:
Uses range of aids and techniques

أوضحنا فى موقع سابق من هذا الفصل، المهمة المركزية فى العلاج المعرفى السلوكى، وهى الوصول إلى صياغة معرفية سلوكية لمشكلات العميل، وهذه الصياغة يتم تنميتها عبر الوقت، مما يتيح حرية بقدر معقول للمعالج أن يستعير عدداً من الأساليب والوسائل لمساعدة العميل فى تغيير تفكيره المشوه، والذى بدوره يؤدى إلى تغلب العميل على مشكلاته السلوكية والانفعالية. وأياً كان فإن الوسائل المساعدة تم تضمينها بشكل ثابت داخل إطار عمل القواعد الخاصة بالعلاج المعرفى السلوكى بدلاً من كونها مضافة إليه. وكمثال على ذلك، استخدام التجارب السلوكية مع مريض اضطرابات الهلع panic disorder ، (Clark, ١٩٨٦) وتشمل المساعدات مدى واسعاً من الأدوات والاستخبارات (انظر: Ruddell, ١٩٩٧) لقياس تصورات وتوقعات المريض لمشكلاته من قبيل أدوات القياس السريعة rapid assassment instruaments (انظر: Corcoran & Fisher, ١٩٨٧). وربما تكون هى الأكثر شيوعاً فى العلاج المعرفى السلوكى، مثل قائمة بيك للاكتئاب BOI وقائمة الأفكار الآلية، وعديد من وسائل المساعدة الأخرى.

٨ — تعليم العميل أن يكون معالجاً لنفسه **Teach client to become own therapist**

أحد الأسباب الأساسية لأن يكون العلاج المعرفى السلوكى منقحاً، حسن التخطيط، تشاركياً، مختصراً نسبياً، مباشراً، ومحدد الهدف،

انتهاء فترة العلاج. ويعتمد حجم وغزارة المهارات التى يتعلمها العميل، على طبيعة وحدة مشكلة العميل، والتى بدورها تؤثر فى مدة العلاج. وتعتبر المشاركة الفعالة للعميل active participation فى العملية العلاجية سواء داخل الجلسات أو فيما يتعلق بالمهام خارجها عاملاً حاسماً فى كفاءته أن يصبح معالجاً لنفسه.

٩- وضع الواجب المنزلى Homework setting:

إن معدل طول الجلسة العلاجية حوالى ٦٠ دقيقة، فلو أن العميل ركز فقط أثناء الجلسة على مشكلاته فذلك يعنى أن هناك ١٦٧ ساعة أسبوعياً لم يتم التعرض لها علاجياً، ويؤدى ذلك إلى نقص استمرارية العمل مع مشكلة معينة، لأن العملية العلاجية المتعلقة بالتسجيل، والملاحظة، وتقييم الأفكار من الصعب نقلها إلى الحياة اليومية.. وما يماثل ذلك وظيفياً، هو المحافظة على الصحة العامة البدنية، فالناس دائماً لا يرفضون أو يعترضون على تنظيف أسنانهم، أو الاستحمام، أو غسل الشعر بانتظام.. إلخ وبنفس الطريقة فمن المهم أن نخصص وقتاً للمحافظة على صحتنا العقلية والنفسية، والمشكلة التى قد تمثل عائقاً فى وضع الواجب المنزلى هى الكلمة نفسها فبعض الناس يربطونها بالواجب المدرسى، الذى غالباً ما يتسم بوجود ارتباطات سلبية. لذلك فمن المهم أن نختبر ذلك مع العميل، ولو كانت هذه هى العقبة الوحيدة لاستخدام المصطلح، فمن الممكن اختيار مصطلح آخر ويفضل اختياره من قبل العميل. حيث لا يكون له أى ارتباطات سلبية لديه. ومصطلح "المهام" Assignment هو بديل شائع الاستخدام. وبالمثل يمكن أن تستخدم أى فكرة من الأفكار كأداة أو مادة علاجية. وسبب آخر يبرر ضرورة استمرار العملاء أداء الواجبات أو العمل خارج الجلسات، هو أنه فى بعض الأحيان وليس ... عندما يكونوا وسط مواقف معينة أو نمط من المواقف، فهم يستطيعون

التقاط أكثر أفكارهم الآلية بروزاً، وهي الأفكار التي تعرف في بعض الأحيان بأنها "المعارف الساخنة" Hot cognitions .

وسبب آخر لأهمية الواجب المنزلي، هو أنه يرفع وعي العميل بقدرته على الاستمرار في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات، ذلك لأنه بالفعل قد تعلم عديداً من المهارات، وأصبح على قدر عال من الكفاءة والخبرة من خلال أداء الواجب المنزلي. وتختلف طبيعة المهام المنزلية وأنواعها اختلافاً كبيراً وواسعاً، ويعتمد ذلك على كل من العميل، وطبيعة المشكلة والمرحلة العلاجية، وكمثال للمهام شائعة الاستخدام، إكمال نموذج الأفكار الآلية.

١٠- تحديد الوقت Time Limited:

تم مناقشة تحديد الوقت بشكل كامل في الفصل الأول في علاقته بالعلاج المعرفي السلوكي المختصر. نأمل فقط أن نضيف أن العلاج المعرفي السلوكي مُحدد الوقت مقارنة بعديد من المناحي الأخرى، ويرجع ذلك إلى مباشرته، وطبيعته التشاركية التعاونية، والتوجه نحو الهدف، والمنحى البنائي.

١١- جلسات التسجيل الصوتي Audio recording sessions:

لا تُعد ممارسة جلسات التسجيل الصوتي من الممارسات المركزية في العلاج المعرفي السلوكي؛ لكنها غالباً ما تستخدم ومن الممكن أن تكون ذات فائدة للأسباب التالية:

أولاً: قد تكون مفيدة في عملية المشاهدة والمراقبة، حيث تمد المعالج - المراقب - بمعلومات أولية أكثر تفصيلاً وتنوعاً من الوصف اللاحق الذي يقدمه المعالج خاصة المعالج المبتدئ بعد مرور فترة من الوقت. وكما هي الحال بالنسبة لبقية مفاهيم وأسس العلاج المعرفي السلوكي الأخرى، فإنه يتم

الاتفاق بشكل تعاونى مع العميل، ومناقشة مبررات استخدام التسجيل الصوتى.

ثانياً: أن ذلك قد يكون مفيداً للعميل نفسه حيث يمكنه التسجيل الصوتى من إعادة سماع وفهم وتذكر محاور الجلسة فى المنزل. كما يدعم ممارسة العمل بشكل علاجى خارج الجلسة. ويدعم أيضاً انفتاحية العلاج ويساعد العميل على تنمية مهاراته العلاجية التى يمكن تطبيقها على مشكلاتهم الأخرى.

والمقطع التالى مأخوذ من جلسة فعلية واقعية، وسوف يحدث مداخلات وسط الحوار تشير للمحاور التى تسبقها. وقد تم شرح وتوضيح الخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى، وتم إقامة التحالف العلاجى بين المعالج والعميل، وكل منهم ضبط جهاز التسجيل على وضع التشغيل لبدء الجلسة:

المعالج: كيف شعرت خلال هذا الأسبوع يا على(*)؟

العميل: لم يكن سيئاً فى الأيام الأخيرة، إنما أثناء العطلة انهرت ورجعت للمربع الأول؟

المعالج: يبدو أن مزاجك كان على ما يرام ثم بدأ يتعكر مجدداً.

العميل: بهمهمة نعم.

المعالج: هل يمكن أن نضع ذلك فى جدول الأعمال لننظر إليه بشئ من التفصيل؟

العميل: نعم.

حتى من خلال هذا المقطع المختصر من بداية الجلسة ظهرت ملامح العلاج المعرفى السلوكى، فقد بدأ المعالج بفحص مزاج العميل وانتقل

(*) استخدمنا اسماً عربياً ليلائم الترجمة العربية.

باختصار إلى مراجعة الأسبوع المنقضى. ووضح أن المعالج يتفاعل مع العميل، وأيضاً تم إيضاح الكيفية الموجهة للأسلوب العلاجى بالتركيز على وضع جدول الأعمال.

المعالج: هل أستطيع أن أرى قائمة الاكتئاب خاصتك؟ (العميل يعطى للمعالج قائمة بيك للاكتئاب التى ملأها قبل الجلسة).

المعالج: شكراً.. هل حدث شئ آخر خلال الأسبوع تريد أن تخبرنى به وتتحدث عنه اليوم؟

العميل: نعم. عطلة نهاية الأسبوع كانت سيئة، فإن "هبة" تحاملت علىّ وبدأت الأمور تسير من سيئ إلى أسوأ.

المعالج: جيد، سوف ندون ما حدث فى عطلة نهاية الأسبوع فى جدول الأعمال قبل أن نبدأ فى وضع بقية بنوده وأريد أن أسألك عن جلسات الأسابيع الماضية ماذا تتذكر منها.

العميل: حسناً، كان من المريح أن أجد أننى قادر على عمل شئ بخصوص مشكلاتي بعد كل هذا الوقت، وأن أعرف أنها مترابطة، وأياً كان الأمر فهو يبدو أنه أمر يمكن التعامل معه، وأيضاً القائمة التى أعطيتنى إياها ساعدتنى على معرفة أن الطريقة التى أفكر بها عن الأشياء يمكن أن تجعل مشكلتي أكثر سوءاً، لذلك لو بدأت أفكر فى الأشياء بطريقة مختلفة أبدأ فى الشعور بالتحسن، وكان من الجيد أن أضع هذه الملحوظة فى دفتر ملاحظاتى لكى أتذكرها.

المعالج هنا يلاحظ تدريجياً مزاج العميل من خلال مسار العلاج من خلال الجلسات واستخدام عدداً من أساليب المساعدة، فقد استخدم قائمة بيك لفحص مزاج العميل وكثير من المعالجين يطلبون من عملائهم أن يقوموا بملء قائمة بيك للاكتئاب فى حجرة الانتظار، وقبل دخول الجلسة مباشرة كما

فعل المعالج فى النص السابق. وقد أشار العميل أيضاً إلى نوعين من أساليب المساعدة وهما الملاحظات العلاجية، ونموذج الأفكار الآلية. وفى العلاج المعرفى السلوكى يتم تشجيع العميل على أن يكون لديه مذكرة علاجية تحتوى على تفاصيل الجلسة. وتساعد تلك المذكرات على ربط الجلسات العلاجية وبعضها بعضاً، وربط الجلسات العلاجية بمواقف المريض الحياتية. ويعد نموذج الأفكار الآلية الذى استخدمه توم جزءاً من الواجبات المنزلية التى أعقبت الجلسة السابقة. وبالرغم من أن العميل أشار إلى أن النموذج ساعده فى ربط الأفكار والمشاعر معاً فإننا قد ناقشنا ذلك تفصيلاً فى الجزء الخاص بصياغة المشكلة وأهداف العلاج. ويُعد استبصار العميل بالعلاقة بين الأفكار والمشاعر كنتيجة للعمل مع نماذج الأفكار الآلية خارج الجلسات مكسباً علاجياً من منحى التثقيف النفسى المستخدم فى سياق العلاج المعرفى السلوكى. وهو أيضاً مرحلة مبكرة من استقلال العميل بحيث يتعلم أن يعمل بشكل مستقل عن المعالج.

ويعرض المقطع السابق إتباع المعالج لجلسة نموذجية جيدة البناء، ومنظمة تنظيماً جيداً باستخدام الأجندة.

المعالج: أنا مسرور لأنك استطعت سريعاً أن تربط بين الأفكار والمشاعر.. وهذا يعتبر جزءاً مهماً من العلاج.. حسناً. هل هناك شئ أزعجك فى الجلسة السابقة.

العميل: لا شئ.

المعالج: هل هناك حدث خلال الأسبوع الماضى تريد أن نضمنه فى جدول أعمال اليوم؟

العميل: لا.. فقط ما قلناه عن الأشياء التى لم أستطع إنجازها الأسبوع الماضى.

المعالج: حسناً.. هل نضع الواجب المنزلي الخاص بالأسبوع الماضي في جدول الأعمال أيضاً.. ونقضي بعض الوقت في النظر للمعوقات التي واجهتك في سبيل إتمامه.

العميل: نعم، هذا جيد.

المعالج: ربما تتذكر أننا اتفقنا أننا سوف نبدأ بمناقشة العمل الذي قمت به خارج نطاق الجلسات أثناء الجلسة؟

العميل: نعم.. هذا جيد.

المعالج: هذا غالباً سيكون جدول أعمال اليوم.. هل تذكرت ما كنا نفعله دائماً في الجلسة أيضاً؟

العميل: افترض أننا سنقضي بعض الوقت لعمل أشياء معينة مثل النماذج التي ملأتها في الأسبوع الماضي.

المعالج: مهامك؟

العميل: نعم.. هي.

المعالج: جيد، تستطيع قضاء بعض الوقت في وضع مهام الأسبوع التالي ويمكن أن تنتهي بالنظر إلى أفكارك ومشاعرك عن هذه الجلسة. هل يمكننا أن نبدأ بمهامك؛ فقد قلت إنك لم تنهها.

العميل: ذلك صحيح. لقد قمت بملء ثلاثة من القوائم قبل عطلة نهاية الأسبوع، لكن بعد شجارنا الكبير شعرت حقيقة بالسوء ولم أشعر بالتحسن بعدها حتى أقوم بعمل أي شئ.

المعالج: قلت سابقاً أن النماذج الذي أخذتها معك الجلسة الماضية ساعدتك على الربط بين مشاعرك والأفكار التي أثارتها، وأريد أن أقفز إلى الأمام قليلاً.. إلى كيف أن أفكارك ومشاعرك عند مشاجرتك مع "هبة" أدت بك لأن تكون غير قادر على الاستمرار في إنجاز عملك الذي

بدأته، ووجدته مساعداً لك.. وحتى هذه النقطة هل تريد أن نركز على العمل الذى أديته أم تفضل أن تركز على الصعوبات التى واجهتك ومنعتك من أن تقوم بأداء الباقى منها.

العميل: حسن، بعد تشاجرنا لم أشعر بتحسن وقد جعل ذلك العمل مع هذه النماذج بلا معنى لذلك أفضل أن ألقى نظرة على الجزء الأول.

المعالج: قلت أنك قد أكملت ثلاثة من النماذج الخاصة بالأفكار الآلية، هل يمكن فحصها معك، هل تعتقد قبل مدة قصيرة من الوقت قبل مشاجرتك مع "هبة".. هل يمكنك إخبارى ما إذا كانت هذه النماذج وهذا العمل مناسب لنقطة مثل تلك؟

العميل: نعم. كما قلت سابقاً أنا أجده مناسباً ومساعداً فى الربط بين الأفكار والمشاعر، وقد شعرت بتفاؤل تام لكن عندما تشاجرنا انقلبت الأمور.

المعالج: عندما كنت تستخدم النموذج كجزء من المهمة التى قمت فيها بتحديد المشاعر السيئة وربطها بالأفكار أو بأفكار معينة، هل تتذكر أن النموذج طلب منك أن تحدد شئ آخر؟

العميل: (ينظر للواجب). ما الأفكار البديلة؟

المعالج: هذا أحد أجزاء النموذج عن أفكارك الآلية وأفكارك البديلة؟

العميل: نعم. أنت تعنى أخطاء التفكير.

المعالج: نعم، هذا هو، الآن أنت قلت أن العمل كان مناسباً قبل الشجار، والآن "مُحى" وأصبح غير مفيد بعدها هل يمكن أن تحدد أخطاء التفكير الموجودة هنا؟

العميل: حسناً، أعتقد أنى أفرطت فى التعميم.

المعالج: هل يمكن أن توضح ذلك لى؟

العميل: حسناً، لأننا تشاجرنا مشاجرة كبيرة، وكان ذلك مفزعاً للغاية، فهذا يعنى أن كل شئ آخر يحدث سوف يتأثر وذلك ليس صحيحاً.

المعالج: إلى أى مدى تعتقد فى هذا يا على؟

العميل: حسناً، أنا أعتقد فيه كثيراً، لكن فى نفس الوقت شعرت بالإحباط ولم أستطع التفكير فى أى شئ آخر إلا كم كان ذلك مفزعاً.

المعالج: دعنى أعطيك عائداً، قلت أنك عندما تكون على خلاف مع "هبة" كل شئ يتم محوه، لكن انظر إلى هذه الحادثة فلقد أدركت أن المشاجرة رغم أنها محبطة لك فى وقتها فلم تغير الفائدة من طريقتك الجديدة فى النظر إلى مشكلتك، فلو أن لديك مشكلة شبيهة فى هذا الأسبوع فهل تعتقد أنك ستنظر إليها بطريقتك الجديدة فى التفكير.

العميل: (فترة سكون طويلة يتأمل فيها المعالج) ذلك يشبه أن يكون لى رأسين: هناك واحدة وأنا أجلس معك الآن وكما أخبرتك الآن، وهى كما أشعر من النموذج عندما أنظر للأشياء بنظرة جديدة. لكن هناك واحدة أخرى دائماً ما تكون هناك ولا يمكن إخضاعها لهذا النوع من التفكير الجديد. وهى عندما أكون فى وسط الموقف.

المعالج: ذلك جيد جداً، وتلك نقطة جيدة توصلت إليها، أعتقد أنه من المهم أن أوضح أننا لا زلنا فى الجلسة الثانية، وذلك سوف يستغرق وقتاً، وتدريبات لاستخدام مهارات جديدة يتم تنميتها عبر الوقت، لذلك أطلب منك أن تقوم بتدوين كل صعوباتك وكذلك استجاباتك البديلة فى النموذج حتى يمكنك أن تقوم بدمج أسلوبك الجديد فى التفكير فى سياق حياتك اليومية.

في هذا المقطع استمر المعالج والعميل في العمل معاً خلال جلسة نموذجية جيدة التخطيط وتم مناقشة بنود جدول الأعمال، وقد ساعد المعالج العميل في اختبار ومناقشة التفكير المشوه الذي تضمن تحديد أخطاء التفكير، وقد قرر المعالج عدم سؤال العميل عن أخطاء التفكير الكوارثي عندما قال كلمة "مروعة" ليصف الحدث. فقد وضع ملاحظة عليها لمناقشتها لاحقاً وقاد العميل إلى أن يحدد عدداً آخر من أخطاء التفكير حول هذا الحدث، وبهذه الطريقة استمر المعالج في مساعدة العميل على زيادة ألفته بالعلاج المعرفي السلوكي، وذلك يساعد العميل في التعرف على أهمية العمل خارج نطاق الجلسات، وتبصيره بأنه ليس من المفيد أو المناسب أن ننظر لنتائج العلاج بنظرة الكل أو اللاشيء. وسوف يتم استخدام تعبيراته أنه لديه رأسين كتمرين وتدريب ولمحاكاة مهارات جديدة تمكنه من استخدام أنماط جديدة من التفكير مع الصعوبات الحالية.

والفصل الحالي ركز على المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي وانتهى بمقطع مقتبس من جلسة علاجية واقعية، يساعد على تبسيط وإيضاح هذه المفاهيم، وفي الوقت نفسه يضفي نكهة العلاج المعرفي السلوكي أثناء الممارسة الفعلية. وفي الفصول التالية سوف نعرض للعملية العلاجية بشكل أكثر تفصيلاً.

نقاط للتدريب:

١- علم نفسك الأسلوب المعرفي واستخدمه في حياتك اليومية حتى تتقن فهمه، وأن المعتقدات المكتسبة ويمكن تغييرها.

٢- استخدم النموذج أ، ب، ج لتتمكن من تذكر:

(أ) الحدث المثير (حدث - صورة - فكرة - ذكريات.. إلخ).

(ب) المعتقد (فكرة آلية، ومعتقدات وسيطة).

(ج) النتائج (الانفعالات والسلوك، أعراض جسمية، أفكار إضافية).

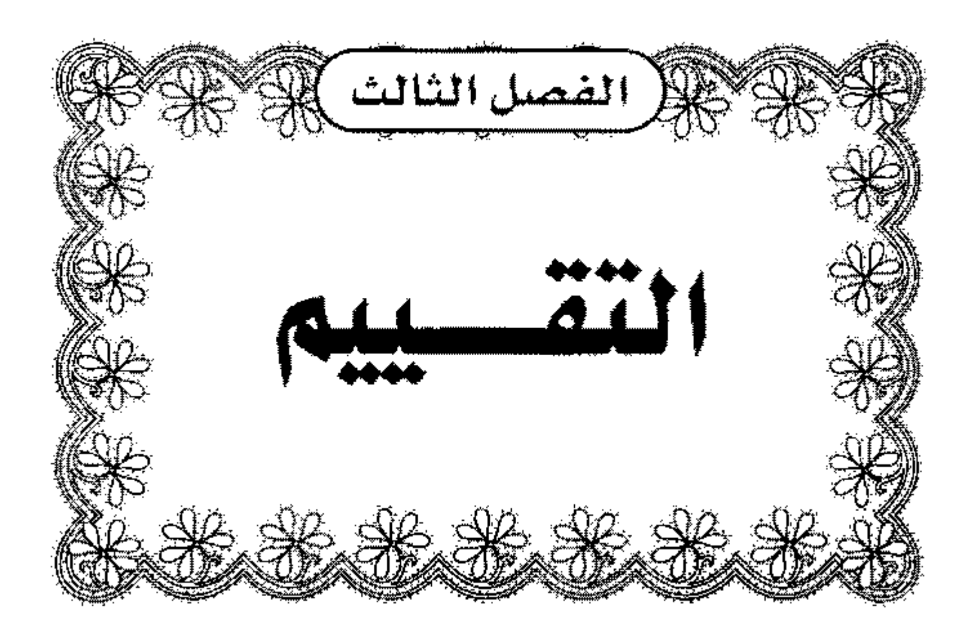
٣- اعرف أن أخطاء التفكير مركزية فى العلاج المعرفي: لابد وأن تعرفهم تمام المعرفة.

٤- استخدم مهارات الإرشاد الأساسية كأساس لممارستك للعلاج المعرفى السلوكي.

٥- خطط لجلسات العلاج باستخدام جدول أعمال ذى بنود محددة.

٦- كن على ألفة بالخصائص الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى.

٧- ذكر نفسك وعميلك بأهمية وجود ١٧٦ ساعة خارج الجلسات العلاجية كل أسبوع حتى تضع تدريبات تمارس خلالها العلاج المعرفى السلوكى أثناء ممارسة نشاطات الحياة اليومية



الفصل الثالث

التقـــييم

الفصل الثالث

التقييم Assessment

يُعد التقييم مصطلحاً ذا مدى متسع، حيث يكون الاختلاف كبيراً بين مختلف الممارسين، لأن لكل منهم فهمه الخاص، ومبادئه وممارساته التخصصية، وكذلك اختلاف خبراته التطبيقية. فمثلاً: مديرو الرعاية، والاختصاصيون الاجتماعيون، والاختصاصيون النفسيون العياديون، وأعضاء الهيئة التمريضية فى الفريق العلاجى للصحة العقلية، ومجتمع التمريض الطبى النفسى، والمرشدون، والأطباء النفسيون، والمعالجون النفسيون، سيكون لدى كل منهم أدواته للتقييم التى تتفق مع مجال عملهم فى الصحة العقلية. وربما يكون هناك تداخلاً بين مختلف هذه المناحى من حيث التقييم، ويكون هناك كذلك مكونات عامة وشائعة بينها جميعاً (Palmer & McMohom, ١٩٩٧) وتبعاً لهدف هذا الكتاب فسوف نركز على خمس مكونات أساسية:

١- ما المشكلة؟

٢- وهل العلاج المعرفى السلوكى ملائم للمشكلة؟

٣- وهل العميل ملائم للعلاج المعرفى السلوكى المختصر؟

٤- وما الأسس المعرفية للمشكلة: الصياغة المعرفية؟

٥- والقضايا عبر الثقافية، والنوع.

وعلى الرغم من إننا قد حددنا خمسة مكونات متفرقة، فمن المهم أن نذكر أنها ليست منفصلة لكنها متداخلة، كما سنوضح لاحقاً، ومنطق ذلك أننا أساساً نقيم كفاءة إطار عمل علاجى (العلاج المعرفى السلوكى) وكذلك كل من العميل / والمشكلة (انظر: Ruddell & Curmen, ١٩٩٧) وأياً كان الأمر سيكون من المناسب مبدئياً أن ننظر لكل مكون من هذه

المكونات بشكل مستقل. بالإضافة إلى مفهوم التقييم المستمر في النمو، (كما تم ذكره في الفصل الثاني).

[١] ما المشكلة؟

اعتماداً على الخلفية التي يعمل بها المعالج المعرفي السلوكي، فقد يكون العميل قد خضع للتقييم بشكل ما، والذي يختلف في مساره من عميل لآخر، ومن ممارس لآخر، فمثلاً قد يتم إجراء فحص شامل للحالة العقلية (Curwen, ١٩٩٧; Lukas, ١٩٩٣; Marrisen, ١٩٩٥) ويتم وضع تشخيص ما اعتماداً على نظام التشخيص في دليل التشخيص الإحصائي الرابع للأمراض العقلية Diagnostic and statitical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) وليس كل العملاء الذين يطلبون الإرشاد النفسي يعانون من اضطراب عقلي معروف، وبعضهم لا يكون لديهم اضطراب معروف. فعلى سبيل المثال: قد يعاني عميل ما من نقص في المهارات التوكيدية Assertion skills، وأياً كان التقييم شاملاً أم جزئياً فإن مهمة المعالج هنا هي أن يقف على مشكلة العميل، وأن يقرر ما إذا كانت كلها، أو جزء منها هو الملائم للعلاج المعرفي السلوكي، فمثلاً: الفرد الذي يبدو مكتئباً، قد يعاني أيضاً من شعور شديد بالذنب، وقد يكون كل من المعالج والعميل قادراً على تحديد كل انفعال سلبي، وكذلك الأفكار المرتبطة به. ومن خلال العمل على نوبة انفعالية emotional episode متضمنة هذا الانفعال (فحص ومناقشة التفكير غير المساعد) قد يجد مفتاحاً لحل مشكلات العميل الانفعالية الأوسع.

ويمكن التمييز بين الاضطرابات العقلية Mental disorders (كما صيغت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع وبين الانفعالات السلبية غير المساعدة unhelphfull المرتبطة بها والمدركة من قبل العميل، وهذا الأخير هو ما يقوم المعالج المعرفي السلوكي والعميل بالعمل عليه كعمل أساسي وبشكل تعاوني.

وقد ذكرنا فى الفصل الثانى معظم أنواع أخطاء التفكير السائد فى إطار العلاج المعرفى السلوكى، وتم تلخيص هذه الأخطاء فى الجدول (١-٣).

وقد حاولنا فى هذا الجدول تحديد أخطاء تفكير معينة تكون أكثر شيوعاً فى اضطرابات انفعالية معينة، ومن المهم أن نذكر أن هذا التحديد ليس نابعاً من خلال البحوث ولكنها يجب أن تعتبر أنها لا تعدُ عن كونها رأياً غير رسمى، وتجدر الإشارة إلى أن فئة معينة من أخطاء التفكير التى تظهر فى انفعال سلبى غير مساعد سوف تختلف من عميل لآخر.

شكل (٤)
أخطاء التفكير فى المشكلات الانفعالية الشائعة

الاضطراب / أخطاء التفكير	القلق الهلع العصبية	الاكتئاب	الغضب	الشعور بالذنب	الأذى	الغيرة المرضية	الخجل
تفكير الكل أو اللاشئ	✓	✓	✓		✓		✓
الشخصنة واللوم		✓	✓	✓			✓
التفكير الكوارثى	✓	✓			✓	✓	
التبرير الانفعالى	✓	✓			✓		
تفكير يجب ولازم	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
الترشيح العقلى		✓		✓		✓	✓
تجاهل الإيجابيات	✓	✓					
التعميم المفرط	✓	✓	✓				
القطبية / التقليل	✓	✓			✓		
العنـونة			✓	✓			✓
القفز إلى الاستنتاجات							
أ) قراءة العقول	✓	✓	✓		✓		✓
ب) خطأ المنجم	✓	✓				✓	✓

[ملحوظة: أياً كان، فقد وجد بلاكبيرن وأيونسون (Blackburne & Eunson, ١٩٨٨) أن التجريد الانفعالى يرتبط بشكل أكثر تكراراً بالمزاج الاكتئابى، فى حين أن القفز للنتائج يرتبط أكثر بالقلق].

[٢] هل العلاج المعرفى السلوكى مناسب للمشكلة؟

انصب عمل بيك الأصلى فى العلاج المعرفى على الاكتئاب (Beck, ١٩٦٤). ويجد كل من يرتاد المؤتمرات الحالية أن المعالجين المعرفيين يطبقون منحاهم على مدى واسع من المشكلات، مثل الوقاية من الانتكاس فى ذهان الهوس - الاكتئاب، والعلاج المعرفى السلوكى للأطفال ذوى اضطرابات المسلك conduct والعلاج العرفى السلوكى للذهان الحاد ذى البداية الحديثة، والعلاج الجدلى السلوكى كعلاج لاضطرابات الشخصية الحدية، ولكن لأنه علاج حديث نسبياً فلم يتوصل إلى نتائج حاسمة ومقنعة عن كفاءته فى علاج هذا المدى الواسع من المشكلات، ونجد فى المقابل بعض المناطق الأخرى التى أحرزت نتائج جيدة وهى:

- المشكلات الزواجية Couples problems . (Baucom et al., ١٩٩٠)
- اضطرابات الأكل Eating disorders (Agras et al, ١٩٩٢; Fairburn, et al., ١٩٩١; Garner, et al., ١٩٩٣)
- اضطراب القلق العام Generalized Anxiety disorders (Bomers et al., ١٩٩٠; Miller, ١٩٨٩; Thas, et al., ١٩٩١)
- الاكتئاب الأساسى Major depress disorder . (Dobron, ١٩٨٩)
- اضطرابات الهلع Panic disorders (Barlow et al., ١٩٨٩).
- سوء استخدام المخدرات Substance Abuse . (Woody, et al., ١٩٨٣)

هذه مناطق تشير إلى وجود أدلة على إيجابية نتائج العلاج المعرفى السلوكى، وذلك على الرغم من أن هذه لم تكن الحال فى بداية نشأتها. وعلى أية حال كان يتم النظر إلى المشكلات والاضطرابات النفسية التى نجح فيها العلاج المعرفى السلوكى على إنها مجرد فروض، إلى أن نجح العلاج المعرفى السلوكى فيها، وأحرز نتائج إيجابية كبيرة، فأصبح يطبق فيها الآن بفعالية؛ ومع مرور الزمن امتد تطبيقه فى الوقت الراهن فى مدى واسع من

المشكلات باعتباره المنحى الأفضل في الوقت الراهن لأسباب عدة مثل فعالية التكاليف cost effectiveness، وكبديل عن وصف الأدوية ذات الآثار الجانبية غير المرغوبة، أو ذات الطبيعة الإدمانية، وأنه يمكن استخدامه بشكل جماعي، ونظراً لمداه القصير نسبياً والمختصر مقارنة بالعلاجات النفسية الدينامية.

وعندما يطبق العلاج المعرفي السلوكي على مشكلة ما (مثل: اضطراب الهلع دون رهاب الأماكن الواسعة panic disorder without agoraphobia) من قبل عديد من المعالجين الممارسين على عدد من العملاء، فسوف تتضح كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تعامله مع تلك المشكلة: فعلاج اضطرابات الهلع على سبيل المثال سيتضمن توضيح نموذج العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الهلع الذي وضعه كلارك Klark (١٩٨٦؛ ١٩٨٨) وسيكون ذلك متضمناً داخل الصياغة المعرفية لمشكلة العميل، والتي سيتم مناقشتها لاحقاً في سياق هذا الفصل. وعندما يتم البدء في قبول أسلوب خاص، أو منحى عام بين التخصصات المساعدة في مجال الصحة العقلية، ويكون مدعوماً ببعض البحوث، فإن مزيداً من البحوث أو دراسات التحليل البعدي قد يقدمان مستوى أعلى من التوقعات، ويوضح ذلك إثنين من الأمثلة الحديثة أولها: التدخلات النفسية المختصرة Brief psychological intervention لعلاج أعراض صدمة سريعة، أو الوقاية من اضطرابات ما بعد الصدمة، أصبحت شائعة، لكن نتائج بحوث التحليل البعدي قد أظهرت في الوقت الراهن (Wessely, et al., ١٩٩٧) أنه لا يوجد دليل مقبول على أن الاستخلاص النفسي Psychological defriefing يُعد علاجاً مناسباً للوقاية من اضطرابات ما بعد الصدمة وأنه يجب أن يتوقف الاستخلاص الإلزامي لضحايا الصدمة. وثانيهما: عدد من العلاجات تسمى علاجات الطاقة Power therapies (Fighy, ١٩٨٥) ومنها: علاج المجال الفكري (TFT) Thought Field Therapy (Callahan, ١٩٨٥) والتسكين المنظم لحركات العين وإعادة المعالجة Eye Movement Desensitization and Reprocessing

(EMDR) (Shapiro, ١٩٨٩, ١٩٩٥)؛ وتقليل حدوث الصدمة Trauma Incident Reduction (TIR) (Gerbade, ١٩٨٨) وأساليب الحرية الانفعالية (Craig, ١٩٩٧) Emotional Freedom Techniques (EFT) . وقد تم تقديم كل هذه الأساليب على أنها علاجات سريعة لاضطرابات ما بعد الصدمة، والمخاوف، وقد استخدمت على مدى واسع من الاضطرابات العيادية وأياً كان، فإن هناك مقالة رائدة توضح أن تحيز (Rasen, et al., ١٩٩٨) هذه الأساليب سوف يوضع تحت الاختبار المضبوط.

وسنناقش في الفقرة التالية مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفي السلوكي المختصر، لكن التصور المهم هو هل يستجيب العميل بشكل إيجابي لإطار عمل العلاج المقدم أم لا. وبشكل مشابه يستطيع المعالج أن يتخذ موقفاً عملياً من البداية في حالة غياب الأعراض، والأعراض المقابلة. ولو بدى أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى نتائج إيجابية سريعة، والتي تبدو واضحة لكل من المعالج والعميل، فيكون ذلك هو الركيزة المنطقية التي تدفع للتقدم والاستمرار.

[٣] هل العميل مناسب لتلقي العلاج المعرفي السلوكي المختصر؟

حدد رودل وكوروين Ruddell & Curwen (١٩٩٧) عند دراستهم للعلاج المختصر عبر مدى من التوجهات العلاجية بدءاً من التحليل النفسي إلى المعرفي السلوكي، أربعة محكات رئيسية من هذه التوجهات المتنوعة وهي:

١- إمكانية التحديد الدقيق والواضح لمشكلات العميل يسمح بتحديد دقيق لبؤرة اهتمام العلاج، ويظهر إمكان حلها خلال فترة وجيزة.

٢- أن الفرد يستجيب بشكل إيجابي لنمط أو نوع العلاج المقدم سواء في الاتصال الأول أو خلال الجلسة المبدئية.

٣- يكون لدى الفرد فهم ودافعية كافيان للعمل داخل إطار العمل المقدم.

٤- أنه لا توجد أعراض جانبية كبرى.

وقد طوَّر سافران وسيجال Safran & Segal (١٩٩٠ أ) اختباراً لمدى الملاءمة للعلاج المعرفي قصير المدى suitability for short-term cognitive therapy ويستخدم لتقدير قدر استجابة العميل بشكل رسمي على مقياس من صفر - ٥، وهو يتكون من عشرة بنود حيث تشير الدرجة (صفر) إلى الأقل، والدرجة (٥) إلى الأكثر ملاءمة للعلاج المعرفي قصير المدى. وستقدم البنود لاحقاً مع توضيح مختصر.

وقد استخدمنا أمثلة مأخوذة من الجلسات العلاجية مع "على" في الفصل الثاني، كأمثلة إضافية في جلستنا العلاجية الأولى مع توضيح كيف أن المعلومات المأخوذة من العميل تستخدم لدعم تقدير معين لكل بند من البنود العشرة. وقد قدم سافران وسيجال (١٩٩٠ ب) دليلاً إرشادياً مختصراً لمقابلة تحدد مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفي قصير المدى suitabilityfor short-term cognitive therapy interview . وقد اقترحا أن المقابلة التي تحدد قدر ملاءمة العميل للعلاج المعرفي قصير المدى يمكن أن تستغرق ساعة على الأقل وترتكز على ثلاثة نقاط مهمة:

أولاً: من المهم أن يكون لدى القائم بالمقابلة بعض المعلومات التاريخية، ومعلومات عن الأحداث، ومعلومات تشخيصية عن العميل فى بداية المقابلة.

ثانياً: أن التحسن والتحسن التدريجي يستخدم لحث العميل "على البوح مهما كانت قدرات العلاج وإمكاناته النفسية".

ثالثاً: لا يكون المعالج ملزماً بالمضى بشكل آلى فى البنود العشرة بشكل متسلسل، ولكن يتم تشجيعه على التحرك بحرية بينها، ومن ثم قد ينتج عن بعض التقدم الحصول على مزيد من المعلومات المترابطة.

شكل (٥)

استخبار تقدير مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفي السلوكي المختصر

البند	مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفي السلوكي المختصر	مقياس التقدير (صفر - ٥)
١	إمكان الوصول للأفكار الآلية.	
٢	الوعي بالانفعالات وتمييزها.	
٣	قبول المسئولية الشخصية عن التغيير الإيجابي.	
٤	التوافق مع المنطق المعرفي.	
٥	الاستعداد للتعاون (من خلال مؤشرات الجلسة).	
٦	الاستعداد للتعاون (خارج الجلسة).	
٧	الإزمان في مقابل الحدة	
٨	عمليات الأمن.	
٩	البؤريـــة.	
١٠	التفاؤل العام / التشاؤم بشأن العلاج.	
المجموع		

١ - إمكانية الوصول للأفكار الآلية:

تم وصف الأفكار الآلية في سياق الفصل الثاني، وقد صُمم هذا البند لتقييم وقدرة العميل على تحديد الأفكار الآلية وكتابتها بمجرد أن يتم تبسيطها ووصفها عن طريق المعالج. وفي الجلسة الأولية مع "علي" وبحث قليل من المعالج تمكن من تحديد الفكرة الآلية "دائماً أقوم بعمل أشياء خاطئة"، ولقد ذكرنا أنه يتم تقديم الاستحسان بشكل متتالي، لذلك تكون لدى العميل الفرصة المثلى للتوافق مع الأسلوب العلاجي أياً كان، وذلك عندما يكون الأسلوب مستوعباً لقدراته. ولو لم يكن "علي" قد حدد الفكرة الآلية بهذه الطريقة فسوف يُحث بشكل ما أكثر وأكثر. فمثلاً: يمكن سؤاله "ماذا يدور في عقلك في هذا الموقف؟" ولو فشل هذا الحث فيمكن أن نطلب منه "هل يمكنك أن تصور نفسك في ذلك الموقف الآن؟" ولو فشل ذلك فقد يقوم المعالج بتشجيع "علي" على أن يركز على الأفكار المرتبطة بالانفعالات التي خبرها بالفعل خلال الجلسة. وفي بعض الخبرات الانفعالية الشديدة،

خاصة عندما يكون الغضب مكوناً مضمناً فيها يكون لدى العميل صعوبة في تحديد أفكاره الآلية. ويعطى البند هنا ٤ درجات.

٢ – الوعى بالانفعالات وتمييزها:

ويمثل هذا البند قدرة العميل على تقييم هذه الانفعالات، وكيف يكون قادراً على التمييز بين مختلف الانفعالات التى خبرها. وقد كان لدى "على" وعياً جيداً بانفعالاته وكان مستعداً للتمييز بين الشعور "بالانهباط" والشعور بأنه "مذنب" والشعور "بالغضب". ومن المهم التأكيد آنه بالرغم من أن العميل قد لا يستخدم مصطلحات المعالج نفسها مثل "الهبوط فى المزاج" أو "الاكتئاب" فذلك لا يشير بالضرورة إلى عجزه عن التمييز بين الانفعالات. وفى المقابل فبالرغم من أن المعالج يجعل العميل على ألفه بلغة الانفعالات المستخدمة فى العلاج فعلى المعالج أن يفحص معانى الكلمات، والجمل المستخدمة من قبل العميل. وهذه قضية مهمة بشكل خاص فى الإرشاد عبر الحضارى Transcultural caunselling (أنظر: Ruddell, ١٩٩٧). وفى هذه الحالة يعطى البند الدرجة القصوى (٥).

٣ – قبول المسئولية الشخصية:

وأحد التصورات والمفاهيم المهمة للعلاج، هو التطرق إلى ما إذا كان الفرد مدركاً لدوره فى خلق الصعوبات الانفعالية التى يخبرها، وباتباع تدخل مبكر من التعليم النفسى psychoeducation، دوَّن "على" "كان من المريح أن أستطيع أن أفعل شيئاً ما فيما يتعلق بمشكلاتى. وأن أكتشف أن الطريقة التى أفكر بها فى الأشياء يمكن أن تجعل مشكلاتى أسوأ ومن ثم لو بدأت التفكير فى الأشياء بأسلوب مختلف فيمكن أن أبدأ فى الشعور بتحسن أكثر". وبالرغم من آن "على" لديه بعض الوعى والقبول لمسئوليته الذاتية عن مشكلاته،

فلا زال يعزو جزءاً منها لعوامل خارجية مثل شريكته، ولهذه الأسباب فيعطى درجة (٣) على هذا البند.

٤ – التوافق مع المنطق المعرفي:

تم شرح المنطق المعرفي في الفصل الثاني؛ وربما يكون أول تقديم يقوم به للعميل له يكون تقديماً مختصراً، ويختلف العملاء في هذه النقطة بشكل واسع من قدْر ونطاق ما يعرفونه عن العلاقة بين الأفكار والمشاعر. وبشكل مساوٍ في الأهمية، تبرز الحاجة الماسة لأن يتناول العميل هذه المشكلات ويعالجها خارج جلسات العلاج وذلك بإكمال واجباته ومهامه المنزلية. ويوضح الاستنتاج السابق أن "على" يدرك مدى ملاءمة المنطق المعرفي له، وعلى الرغم من أنه مر ببعض الصعوبات في إكمال مهامه المنزلية، إلا أنه يدرك الحاجة إليها، وأن إخفاقه في أدائها كان ناتجاً ليس عن عدم توافقه مع المنطق المعرفي، لكن عن طريق نمط التفكير غير المساعد الذي تبناه، ودرجته على هذا البند (٥).

٥ – الاستعداد للتعاون داخل الجلسة:

يتعلق هذا البند بقدرة العميل على إقامة علاقة عمل مع المعالج داخل حدود حجرة العلاج، وهذا التصور ناقشناه بشكل أكثر شمولاً في الفصل الثاني، حيث أكدنا كذلك لأهمية الدور الذي يؤديه المعالج ليسهل عمل ذلك. في الجلسة الأولى مع "على" اتضح للمعالج سريعاً أنه كان ميالاً لتفسير بعض جمل المعالج على أنها نقد شخصي، وهذه هي مهارة المعالج في اكتشاف ذلك خلال الجلسة حيث يساعد ذلك على وجود مزيد من التعاون لاحقاً. وكانت درجة "على" على هذا البند (٣.٥).

٦ – الاستعداد للتعاون خارج الجلسة:

صُمم هذا البند لاكتشاف قدرة العميل على إقامة علاقة إيجابية بشكل عام. وأحد المشكلات الرئيسية التى قادت "على" للعلاج هى صعوبة إقامة علاقات حميمة مستمرة، وأفكاره حول ذلك قادته إلى الاكتئاب، وعلاقته مع "هبة" كانت مضطربة، وأدى هذا العامل إلى درجة منخفضة على هذا البند (٢).

٧ – إزمان المشكلات:

يعتبر طول الفترة التى مرت على الفرد عند مواجهته مشكلة ما عاملاً حاسماً ومهماً فى تقرير ما إذا كانت مشكلته مناسبة للعلاج المعرفى السلوكى المختصر أم لا، وذلك يحدث توازناً مقابل الأبعاد الأخرى فى المقياس. وهناك تصور آخر لهذا البند وهو أن فرداً ما ربما يكون لديه مشكلة ذات امتداد طويل الأمد، حيث لا يعتبر العلاج المعرفى السلوكى المختصر مناسباً لها فى هذه الحالة، لكن ربما يحضر مع مشكلة إضافية ذات بداية حديثة وهنا يكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر مناسباً لها. والمداخلة السابقة أشارت إلى أن صعوبات "على" كانت مزمنة نسبياً، لكن النوبة الحديثة من الاكتئاب ذات مسار وامتداد أقل (حوالى خمسة شهور) الأمر الذى جعل "على" يحصل على درجة عالية نسبياً (٤) على هذا البند.

٨ – عمليات الأمن:

يقيس هذا البند المدى الذى يبديه العميل من إمكانية اشتراكه فى سلوكيات معينة مثل التجنب أو التحاشى Avoidance، أو الإفراط Excesses الذى يخدم شعوره بالأمان لكنه يكون ذا نتائج عكسية سواء بالنسبة لكفاءتهم الشخصية أو بالنسبة للعملية العلاجية، وكان "على" بشكل عام متحرراً من عمليات الأمن بشكل استثنائى، حيث نرى نمطاً من العلاقات

الانهزامية عند ظهور الصعوبات، واعتقد المعالج أن هناك احتمالاً ضعيفاً أن "علي" ربما ينغمس في العلاج ويخضع له بطريقة مشابهة عندما تصبح العملية العلاجية شديدة الصعوبة بالنسبة له. وقد حصل على درجة (٤) على هذا البند. وقام المعالج بعمل ملاحظات عقلية حتى يكون واعياً بكل الصعوبات قبل ظهورها بشكل تام، لذا يجب أن يتم اتخاذ إجراء إيجابي لمنع الإنهاء غير الكامل للعلاج premature termination of therapy .

٩ – البؤرية أو التركيز الشديد Focality:

ويقيس هذا البند قدرة العميل على البقاء مركزاً على مشكلة معينة. وقد كان لدى "علي" قدرة كبيرة على التركيز على النقطة المركزية central point التي يتم مناقشتها في الجلسة. وحصل على درجة (٥) في هذا البند.

١٠– تفاؤل أو تشاؤم العميل من العلاج:

إن المدى الذي يعتقد فيه العميل ويقتنع بنوع معين من العلاجات سيكون فعالاً في مساعدته في حل مشكلاته. وذلك يُعد عاملاً مهماً في تقرير ما إذا كان العلاج قصير المدى (أو العلاج بشكل عام) مناسباً أم لا. وقد حصل "علي" على درجة عالية مجدداً على هذا البند وهي (٥) فقد أظهر مستوى مرتفعاً من التفاؤل بشأن العلاج المعرفي السلوكي. وقد حصل "علي" على درجة كلية على مقياس سافران وسيجال لملاءمة أسلوب العلاج المعرفي السلوكي قدرها ٤،٥ درجة، وذلك يشير إلى أن "علي" كان ملائماً تماماً للعلاج المعرفي السلوكي المختصر.

[٤] ما الأفكار المثيرة للمشكلة: الصياغة المعرفية؟

أحد المهام الرئيسية للمعالج المعرفي السلوكي هي أن يفهم مشكلات العميل ويصيغها بمصطلحات معرفية (Person, ١٩٨٩)، ويعني ذلك التعرف على

أفكار العميل الآلية، والمعتقدات المعوِّقة المثيرة لها underlying unhelpfull beliefs ومن أين نشأت؟ ويحدد المعالج نمط التفكير الحالى الذى يرتبط بها ويساعد فى استمرارها كسلوكيات مشكلة، وكذلك يحدد الانفعالات، والجوانب الفسيولوجية، والمعارف cognitions . ونحن نُضمن الصور imagery داخل المعارف. ومن المناسب فى هذا السياق أن نذكر أن بعض الممارسين يفضلون النظر إلى الصور الذهنية على إنها أداة منفصلة (Lazarus, ١٩٨١) . وقد بحث "لازاروس" أيضاً دور العوامل المهيئة precipitating التى ترتبط بالمشكلة الراهنة، وتدعم المعتقدات المعوقة للدفاع عن الذات، وكذلك التفسيرات المعوقة لأحداث ارتقائية عظمى. ويتميز العلاج المعرفى السلوكى عن العلاجات الأخرى مثل التحليل النفسى بتركيزه على الحاضر، والماضى القريب جداً، وأياً كان، فمن المسلم به أن التفكير المعوق تم تنميته عبر الوقت. لذلك فالصياغة المعرفية لمشكلة العميل cognitive conceptualization تتضمن الارتقاء المبكر للمعتقدات المعوقة، وكذلك العوامل المرسبة، والعوامل الحافزة لظهور التعميمات المعوِّقة المثيرة المبطنة من خلال واحد أو أكثر من الأحداث الحاسمة. وهذه الصياغة المعرفية تم عرضها فى شكل (٦) وهى مفتاح مشكلات العميل ويجب أن يكون لها القدرة على توضيح مدى امتداد مشكلات وعمقها وصعوبات العميل بشكل تام ومتسق.

وباستخدام التفهم أو التواد empathy سيكون المعالج قادراً على استخدام الصياغة المعرفية لفهم مشكلة العميل حيث يشعر بأنه . المعالج . كان فى المواقف الحياتية نفسها، وخبُر الأفكار والمعتقدات نفسها مثل العميل. وسيكون كذلك خبيراً بالإحباط الانفعالى بنمط واتجاه مشابه. وهى نقطة مهمة يجب أن يهتم بها المعالج المعرفى السلوكى المختصر. وربما تكون الصياغة المعرفية عبارة عن خريطة ترسم الترتيب الانفعالى وقد يكون من المناسب إطلاع العميل عليها. وعندما يكون الوقت مناسباً، فإن التعليم النفسى psychedучation يكون مساعداً فى رفع وعى العميل وفهمه.

الماضي	الحاضر
العوامل المهيئة (الخبرات المبكرة)	عوامل مستمرة (مواقف حالية)
تشكيل الافتراضات والمعتقدات المحورية	المعارف (الأفكار الآلية السلبية)
العوامل المفجرة (حوادث حاسمة)	انفعالات سلوك جوانب فسيولوجية
تنشيط المعتقدات المحورية والوسيطة	

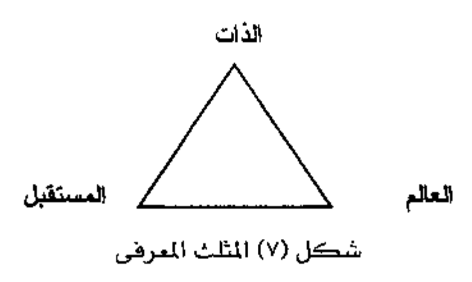
شكل (٦) مكونات الصياغة المعرفية

وسوف نصف مشكلة "علي" كما عرضناها من خلال هذه الصياغة المعرفية. ولأن العلاج المعرفي السلوكي يركز بشكل أساسي على الحاضر والماضي القريب جداً فسيكون ملائماً لصياغة مشكلات "علي"؛ حيث أن خطاب التحويل الخاص به أشار إلى أنه يعاني من الاكتئاب منذ حوالي خمسة شهور، وأن استجابته لمضادات الاكتئاب ضعيفة. وفي موقف "علي" الراهن ظهرت مشكلتان رئيسيتان هما: الاكتئاب، وصعوبات إقامة علاقات حميمة مستمرة. وكان بعض العوامل المستمرة كالتالي: أفكاره الآلية السلبية بشكل عام والتي شملت التعميم المفرط، وتقليل أهمية الإيجابيات، وتفكير الكل أو اللاشئ، والشخصنة، (كل شئ سوف ينتهي)، (سوف أنهي هذه العلاقة)، (أنا بلا فائدة) لأن "هبة" (تطلب مزيداً من التعهدات لشعورها بالأسف نحوي) وهذه الأفكار متسقة مع المثلث المعرفي cognitive triad الذي وصفه بيك (١٩٦٧) حيث أشار إلى أن محتوى تفكير الشخص المكتئب يتسم بأفكار سلبية عن الذات والمستقبل والعالم، شكل (٧) وكانت أفكار "علي"

أفكار العميل الآلية، والمعتقدات المعوِّقة المثيرة لها underlying unhelpfull beliefs ومن أين نشأت؟ ويحدد المعالج نمط التفكير الحالي الذى يرتبط بها ويساعد فى استمرارها كسلوكيات مشكلة، وكذلك يحدد الانفعالات، والجوانب الفسيولوجية، والمعارف cognitions . ونحن نُضمن الصور imagery داخل المعارف. ومن المناسب فى هذا السياق أن نذكر أن بعض الممارسين يفضلون النظر إلى الصور الذهنية على إنها أداة منفصلة (Lazarus, ١٩٨١) . وقد بحث "لازاروس" أيضاً دور العوامل المهيئة precipitating التى ترتبط بالمشكلة الراهنة، وتدعم المعتقدات المعوقة للدفاع عن الذات، وكذلك التفسيرات المعوقة لأحداث ارتقائية عظمى. ويتميز العلاج المعرفى السلوكى عن العلاجات الأخرى مثل التحليل النفسى بتركيزه على الحاضر، والماضى القريب جداً، وأياً كان، فمن المسلم به أن التفكير المعوق تم تنميته عبر الوقت. لذلك فالصياغة المعرفية لمشكلة العميل cognitive conceptualization تتضمن الارتقاء المبكر للمعتقدات المعوقة، وكذلك العوامل المرسبة، والعوامل الحافزة لظهور التعميمات المعوِّقة المثيرة المبطنة من خلال واحد أو أكثر من الأحداث الحاسمة. وهذه الصياغة المعرفية تم عرضها فى شكل (٦) وهى مفتاح مشكلات العميل ويجب أن يكون لها القدرة على توضيح مدى امتداد مشكلات وعمقها وصعوبات العميل بشكل تام ومتسق.

وباستخدام التفهم أو التواد empathy سيكون المعالج قادراً على استخدام الصياغة المعرفية لفهم مشكلة العميل حيث يشعر بأنه . المعالج . كان فى المواقف الحياتية نفسها، وخَبِر الأفكار والمعتقدات نفسها مثل العميل. وسيكون كذلك خبيراً بالإحباط الانفعالى بنمط واتجاه مشابه. وهى نقطة مهمة يجب أن يهتم بها العلاج المعرفى السلوكى المختصر. وربما تكون الصياغة المعرفية عبارة عن خريطة ترسم الترتيب الانفعالى وقد يكون من المناسب إطلاع العميل عليها. وعندما يكون الوقت مناسباً، فإن التعليم النفسى psychedueation يكون مساعداً فى رفع وعى العميل وفهمه.

الآلية السلبية مرتبطة بعوامل مستمرة، مثل مزاجه المنهبط معظم الوقت مع فترات من اليأس والقنوط والغضب ويبدو من سلوكه الملاحظ أنه غير نشط، وتنقصه الدافعية، باكياً، مع انفجار لفظى مصحوباً بانعزال وانسحاب، وبعض الصعوبات الفسيولوجية مثل فقد الشهية، واضطرابات النوم (الاستيقاظ فى الصباح الباكر).



شكل (٧) المثلث المعرفى

والعامل المفجر الرئيسى الذى أدى إلى ظهور النوبة الحالية من الاكتئاب كان أن "هبة" أرادت تعاوناً أكثر من "على" وكانا شركاء فى خصائصهما الأساسية وأرادت هى أن يستمرا فى التقدم والحياة معاً. وبينما فجر هذا الحدث الحاسم النوبة الحديثة من الاكتئاب، فقد تعاظمت من خلال حدث ما فى المراهقة والذى رسب الاكتئاب وفجره للمرة الأولى لدى "على" حيث تركته صديقته فجأة. ومن العوامل المهيئة الأكثر دلالة على صعوبات "على" الراهنة أن والدته غالباً ما تغيب عن المنزل لفترات طويلة وكان والده متبلد الوجدان ويبالغ فى النقد على الرغم من أنه يمد "على" بكل احتياجاته.

الارتقاء الشخصى	الارتقاء المعرفى
العوامل المرسبة (الخبرات المبكرة) الأم غالباً غير موجودة وغائبة عدم فعالية الأب وتبلد الوجدان والنقد المبالغ فيه	تتشكل الافتراضات والمعتقدات المحورية "هناك شئ ما خطأ يحدث معى" "لا أحد يريدنى" " أنا لا أفعل أى شئ بشكل صحيح" " أنا ليس كفء بدرجة كافية"
العوامل المرسبة (أحداث حاسمة) انتهت العلاقة السابقة على نحو مفاجئ (ماضى) مطلوب من "على" تعهدات كبيرة "ماضى قريب"	تنشيط المعتقدات الوسيطة والمحورية وغير معروفة فى هذه المرحلة.

العوامل المستمرة (المواقف الراهنة) نوبات من الاكتئاب صعوبة إقامة علاقة حميمة مستمرة	الأفكار الآلية السلبية التقييم الزائد، عدم النظر للإيجابيات، "كل شئ يخرج من يدي"
ـ الانفعالات: الاكتئاب والغضب. ـ السلوك: عدم الفعالية، نقص الدافعية، البكاء، الانفجار، الانعزال، الانسحاب ـ الجوانب الفسيولوجية: فقد الشهية، اضطراب النوم.	تفكير الكل أو اللاشئ "لابد وأن أقطع هذه العلاقة" الشخصية "أنا بلا فائدة تطلب مني تعهدات لأنها يائسة مني"

شكل (٨) قائمة الصياغة المعرفية لمشكلة "علي" Cognitive conceptualization chart

[٥] القضايا عبر الثقافية وقضايا النوع:

تُعد قضايا الإرشاد التي تختلف من ثقافة لأخرى، ومن جنس لآخر، جانباً مهماً في العلاج والإرشاد وليست خاصة فقط بالعلاج المختصر، عدا فقط أن مدى الوقت يفرض ضغطاً إضافياً على عملية الارتقاء بالعلاقة العلاجية. وسنناقش ذلك تفصيلاً وسنلقي الضوء على بعض العوامل الرئيسية التي تشير إلى مزيد من طرق العمل في هذه المنطقة. والصعوبات الأساسية تتلخص في فهم العميل داخلياً على مستوى أكثر عمقاً، وطبيعة التواصل بين المرشد والعميل (على المستوى اللفظي وغير اللفظي)، وكذلك إحداث توازن في القوى داخل العلاقة العلاجية.

وقد ذكرنا في سياق الفصل الثاني عناصر أساسية حددها "تروكس وكاركوف Truax & Carkhuff (١٩٧٦)، وهي جوهرية وأساسية للمرشد عندما يعمل ويندمج في العلاج الفعال، وهي التفهم الواضح، بأن يكون مع العميل، وأن يفهم ويقف على معاني العميل، ويتواصل بتفهم، والقبول الإيجابي غير المشروط، ولو كان المرشد عاجز عن التواصل بشكل فعال مع العميل، فسيواجه صعوبة في توضيح أي مفهوم من هذه المفاهيم، ودائماً ما يتضمن التواصل نظام اللغة العام، والمعاني الشائعة. وعند اختلاف ثقافة العميل عن المعالج، فقد يؤدي ذلك إلى إعاقة التواصل بشكل أكثر عمقاً، ولإفهام العميل يجب ان يكون معروفاً تماماً أن احتمال عدم التوازن في القوى بين المعالج

العميل قد يؤدى إلى تعاظم مشكلات التواصل عبر الثقافى، والمرشد النشط لكفء هو الذي يسعى للبحث عن إطار عام للعمل داخل كل الثقافات وغير متحيز لثقافة محددة (Lanner & Sondberg, ١٩٩٥)، ومن المهم للمرشد أن يعرف أن صعوبات التواصل اللغوى أو صعوبات اللغة سوف تعوق التواصل العلاجى الجيد، وكذلك الحال بالنسبة للاختلافات الأخرى التى تشمل لغة الجسم، نظام المعانى السائد فى ثقافة ما وكذلك النوع. وكلها تمثل تحديات إضافية (Palmer, ١٩٩٩).

والمشتغل بالعلاج المختصر سيكون فعالاً ونشطاً بشكل خاص لكنه فى الوقت نفسه سيكون حساساً للحاجة إلى الوعى بالاختلافات الثقافية، أما فيما يخص العميل فإنه سوف يتم تقبله، ويكون واعياً بأن لديه تحيزاً لمجتمعه وثقافته (Cultural empathy: Ridley, ١٩٩٥).

وقد ناقش رودل Ruddell (١٩٩٧) الصعوبات الخاصة بالتقييم الطبى النفسى عبر مختلف الثقافات، وقد دون راك Rack (١٩٨٢) على سبيل المثال قدر من التفصيل الجيد بعض المشكلات التى تظهر وتتدخل فى تشخيص الاضطرابات النفسية مثل القلق، والاكتئاب، والهوس، والفصام، والبارانويا، والهستريا لدى أفراد ليسوا من الثقافة الأمريكية أو الأوروبية البيض بواسطة شخص ما أياً كان. فالعلامات والأعراض المرضية غالباً ما تحمل معانى خاصة تتصل بالثقافة، وأوضح أن استخدام أدوات الفحص الطبى النفسى المقننة عبر مختلف الثقافات فى حاجة للنقاش والمراجعة (Maccarthy, ١٩٩٨).

ركزنا فى الفصل الراهن على مفاهيم التقييم من منظور العلاج المختصر، وسعينا إلى توضيح مناطق معينة ربما يكون فيها العلاج المعرفى السلوكى هو الخيار المناسب لعميل أو مشكلة ما. فى حين أنه لا يكون خياراً مناسباً لعميل أو مشكلة ما، وذلك لا يعنى أن العلاج المعرفى السلوكى غير مناسب أو أن كل المشاركين قد يكونوا قادرين على تلقى أى علاج. وأياً

مكان فعندما يكون أسلوب العلاج الذى يقدمه المعالج غير مناسب لعميل أو مشكلة ما حالية (مثلاً: حيث تبدو الاختلافات الثقافية من العظم وبحيث يكون من الصعوبة على المعالج فهمها واستيعابها، أو معرفة مشكلة العميل فى إطارها، أو أن العميل يظل معتقداً أو مقتنعاً بعدم جدوى العلاج)، فهنا سيحتاج المعالج إلى أن يقرر تحويل العميل إلى مصدر آخر للمساعدة وتلقى العلاج المناسب له (Ruddell & Curucen, ١٩٩٧) وقد تم مناقشة التقييم بسياقه الأوسع والأكثر شمولاً فى سياق تقييم العميل (Palmer & McMahan, ١٩٩٧) .


الفصل الرابع
مرحلة
بداية العلاج

الفصل الرابع

مرحلة بداية العلاج

Beginning Stage of Therapy

يمكن أن يبدأ العلاج أثناء مرحلة التقييم، اعتماداً على نمط مشكلات العميل وأعدادها، ويُعد ذلك أمراً شائعاً فى إطار العلاج المختصر. وقد ذكرنا فى الفصل الثانى أن العلاج المعرفى السلوكى المختصر هو علاج موجه نحو هدف، وبناءً على ذلك يتم تحديد أهداف العميل من العلاج بشكل تعاونى collaboratively . وسنوضح فى هذا الفصل والفصلين التاليين، أن المعالج أيضاً لديه أهداف ينشدها لكى يجعل العلاج مفيداً إلى أقصى مدى ممكن. وتتغير هذه الأهداف عبر مسار العلاج، ويمكن أن يقسم العلاج إلى ثلاثة مراحل: بداية، ووسط، ونهاية العلاج. وستبقى هذه الأهداف فى ذهن المعالج وسيتشكل على أساسها وبشكل قوى مسار العلاج. وقد أشرنا كذلك إلى أن الأداة المفتاح فى العلاج المعرفى السلوكى المختصر هو الصياغة المعرفية لمشكلة (أو مشكلات) العميل، ويتعامل العلاج المعرفى السلوكى المختصر مع أهداف المعالج والصياغة المعرفية بشكل ترادفى، وهما معاً، وعلى نطاق واسع يحددان مسار العلاج بشكل متناغم مع الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى التى ذكرناها فى سياق الفصل الثانى.

أهداف المعالج Therapirt's Goals:

مرحلة بداية العلاج:

تتحدد فى شكل (٩) الأهداف العامة للمعالج خلال المرحلة الأولى من العلاج المعرفى السلوكى المختصر. ويمكن للمعالج أن يستخدم هذه الأهداف كقائمة فحص بين الجلسات ليساعد فى أن يكون العلاج أكثر تركيزاً، وعلى الرغم من أن بنود هذه القائمة كانت مرتبة، فإننا لا نعنى أن تكون

الأهداف أو البنود فى أعلى القائمة لها الأسبقية على تلك التى فى أسفلها، فنحن لا نفترض أن هذا الترتيب ترتيباً تقليدياً، فعند مراجعة استخبار تقدير الملاءمة للعلاج قصير المدى (Safran & Seagal, ١٩٩٠ a, b) فى الفصل الثالث، ذكرنا أنه قد يكون هناك بندٌ أو بندان تم تناولهما فى مقطع واحد من الحوار (مع العميل)، وعلى نحو مشابه فيمكن تحقيق واحد، أو اثنين من أهداف المعالج بشكل متوازى، وعلى سبيل المثال، عند مساعدة العميل فى تنمية شعور متفائل عن العلاج المعرفى السلوكى المختصر، فالمعالج أيضاً يمكن أن يعمل على تنمية علاقة تعاونية علاجية مستمرة وثابتة. وعلى الرغم من أن القائمة تبدو للوهلة الأولى طويلة، فإنه يمكن اختصار عدد من مكوناتها بسهولة واختزالها فى قائمة أقصر من العناوين، وبمجرد أن يستوعبها المعالج المتمرس بشكل تام ومتكامل من خلال ممارساته وبعد مراجعة بنود القائمة ومكوناتها يتم تقديم النسخة الأقصر منها.

١- طوِّر الصياغة المعرفية (تكوين المفهوم المعرفى) لمشكلة أو مشكلات العميل.

٢- طوِّر العلاقة العلاجية التعاونية واستمرارها.

٣- زود العميل بمعلومات عن اضطرابه، وساعده فى تقليل كربه النفسى من خلال التعليم النفسى.

٤- ساعد العميل فى التمييز بين مختلف الانفعالات.

٥- اشرح للعميل النموذج المعرفى.

٦- ساعد العميل فى تحديد أفكاره الآلية.

٧- ساعد العميل فى ربط أفكاره الآلية بالانفعالات، والسلوكيات.

٨- ساعد العميل فى أن يعرف مدى مسئوليته عن التغيير.

٩- (ابدأ) فى مساعدة العميل على فحص ومناقشة أفكاره الآلية، وأن ينمى بدائل مساعدة وأكثر إيجابية.

١٠- ساعد العميل فى تنمية شعور بالتفاؤل عن العلاج المعرفى السلوكى المختصر.

١١- اختبر شكوك العميل حول العلاج، وساعده على تبديل، أو تغيير أى تصورات خاطئة من خلال التعليم النفسى.

١٢- اكتشف ماذا يأمل ويتمنى العميل أن يحقق من خلال العلاج، وقبول أهداف العميل والموافقة عليها بشكل تعاونى (البؤرية).

١٣- عملية الأمن: حدد وثبت نطاق اشتراك العميل فى سلوكيات من شأنها أن تخفف وقتياً، أو تُمكن من تحاشى المشكلات لكنها قد تكون ضد العلاج.

شكل (٩) قائمة فحص أهداف المعالج: مرحلة بداية العلاج

١ – طوِّر الصياغة المعرفية لمشكلة العميل:

نشير فى بداية هذا الفصل إلى أن الصياغة المعرفية هى عامل أولى مرشد وموجه لمسار العلاج، لكن من المستحيل تقريباً أن نؤكد ذلك حالياً بقوة كافية. وعلى الرغم من أن الصياغة المعرفية ربما يتم تنميتها عبر الوقت، فإن عدم اكتمالها، وعدم ثباتها، غالباً ما يكون أحد العوامل الرئيسية فى منع العلاج من أن يكون مختصراً قدر الإمكان. وقد تم مناقشة الصياغة المعرفية فى الفصل الثالث وقد أوصينا فى هذا السياق بأن تقدم للعميل فى مرحلة مبكرة من العلاج، وفى الوقت المناسب لذلك، حيث يكون العميل قادراً على أن يقيم مدى مطابقتها لمشكلته. ومن المفضل أيضاً أن نكتب الصياغة المعرفية لمشكلة المريض على سبورة بيضاء أثناء الجلسة العلاجية. وعندما لا

الأفضل أن يتم مناقشتها بشكل مفتوح، ويتم تغيير الصياغة إذا كان ذلك ضرورياً. وتسمح السبورة البيضاء بعمل بدائل التغيير فى الصياغة على نحو أسهل. وعندما يبدو العميل غير مقتنعاً بالصياغة، أو يراها أنها ليست تفسيراً قوياً وجيداً لمشكلاته، أو حتى بعد المناقشة المفتوحة تبدو غير مضبوطة. فى كل هذه الحالات يكون العميل لديه شكوكاً فى العلاج ولا يعتقد فيه كلياً وأنه غير مساعد فى حل مشكلاته. ويُؤمل أن يتم التعرف على هذا الاتجاه فى مرحلة التقييم للعلاج المختصر (ولكنه أيضاً تم طرحه فى البند رقم ١١ من القائمة).

٢ – تنمية علاقة علاجية تعاونية مستمرة:

ناقش البند الثالث من الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى فى الفصل الثانى هذا التصور المهم من العلاج، فإن تثبيت العلاقة يُعد أساسياً لنجاح العلاج، وهو يناظر إعداد التربة وتجهيزها حتى ينمو العشب بشكل جيد. وقد تم الإشارة سابقاً إلى أن العلاقة العلاجية هى علاقة تعاونية فى سياق العلاج المعرفى السلوكى بشكل عام وفى العلاج المعرفى السلوكى المختصر بشكل خاص، وكذلك مطلوب نوع من التوازن الجيد بين استمرارية هذه العلاقة وإمكان استخدام أساليب العلاج المعرفى السلوكى بسرعة ملائمة، ويجب كذلك تحقيق توازن مشابه بين بقاء استمرار العلاقة التعاونية، والالتزام باستخدام تدخلات عيادية مختصرة نسبياً. وفى العلاج المختصر يكون كل ما يقوله المعالج ذى دلالة علاجية عالية عند اختبار وفحص ومناقشة صدق الأفكار الآلية السلبية، والتمييز بين الانفعالات، أو تخفيف الكرب النفسى لدى العميل. وفى كثير من الحالات قد تكون كلمة واحدة دافعة للعميل للأمام فى الجلسة بدون الحاجة إلى حوار إضافى ممتد من المعالج (انظر الاقتصاد اللفظى فى الفصل السابع)، ويعطى المعالج عائداً إيجابياً للعميل فى كل فرصة متاحة حتى على التقدم البسيط من قبل العميل.

وذكرنا كذلك أن العلاج المعرفى السلوكى يتبنى أسلوباً علاجياً مباشراً، وأياً كان فإن الصفة الأساسية، وعلامة المعالج الجيد، هى أن يُفعّل هذا الأسلوب من خلال العلاقة التعاونية، وألا تتدهور هذه العلاقة إلى عملية استبدادية autocratic أو سلطوية authoritarian، ويكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر كفاءة لو كانت العلاقة فى إطاره علاقة ثنائية تعاونية بين المعالج والعميل فى حلها للمشكلات. ولقد راجع إميلكامب Emmelkamp (١٩٩٤) عدداً من البحوث عن العلاجات المتعددة لمخاوف محددة، وافترضت هذه البحوث أنه عندما تكون المخاوف محددة تحديداً دقيقاً فإن العلاج بالتعرض الواقعى المقيد القصير cirumrcribed brief in vivo exporure treatment يكون مفيداً. وأياً كان الأمر فلو دفع المعالج فى هذا الاتجاه ضد رغبة العميل، على سبيل المثال، لو تعرض عميل لديه خوف من العناكب archnaphobia بدون إعداد وتجهيز ودعم مناسب فسيكون العلاج غير فعال.

٣ – تعريف العميل باضطرابه وتخفيف ضيقه عن طريق التعلم النفسى:

أكدنا فى الفصل الثانى أن العلاج المعرفى السلوكى هو علاجاً تعليمياً، يركز أساساً على التعليم النفسى psychoeducatin بمعنى أن النموذج المعرفى cognitive model وعملية التغير process of change يتم تقديمهما معاً للعميل. وينصب التركيز فى هذا الجزء على تعليم العميل كل شئ عن اضطرابه خاصة عندما تؤدى أفكار ومعتقدات العميل حول اضطرابه إلى معاناته من الكرب النفسى. وقد ذكر "إليس" Ellis (١٩٦٢) إننا نزعج أنفسنا من اضطراباتنا. فعلى سبيل المثال، فالفرد ربما يكون قلقاً من أن يكون قلقاً، أو يفكرون أن مشكلة القلق تؤدى إلى فقدانهم جزءاً من حياتهم، فالفرد يمكن أن يكون مكتئباً من كونه قلقاً. ويظهر عديد من المتصاحبات: الشعور بالذنب من كونه مكتئباً، والخجل من كونه غيوراً، وقائمة لا تنتهى من هذه المتصاحبات، وبالإضافة إلى هذه المرتبة الثانية من

الانفعالات حول المشكلة الأولية، يظهر المستوى الثالث أو الرابع من الانفعالات مثل الاكتئاب الناتج من الغضب من كونه قلقاً. ويشير "دريدن" Dryden (١٩٩٥) إلى هذه الانفعالات على أنها مشكلات الانفعال البعدى Meta-emotional problems ذلك لأنها ذات فائدة فى العمل مع المشكلات الانفعالية الأولية لو تداخلت المشكلات ما بعد أو ما وراء الانفعالية مع العمل العلاجى أثناء الجلسة أو الواجبات المنزلية خارج الجلسات وحيث تزداد حدة المشكلات ما بعد الانفعالية وتصبح أكثر أهمية من الناحية العيادية عن المشكلات الأولية، أو يكون العميل مقتنعاً بها فهنا يكون من المفيد التعامل مع مشكلات الانفعال البعدى أولاً. (Metacognition, wells ١٩٩٥, ١٩٩٧).

وعندما يظهر العميل كرباً نفسياً من مشكلته فمن المفيد أن نكتشف ذلك مبكراً ونقدم توضيحاً بشكل مناسب، وفى ظروف عديدة فى هذه المرحلة، ربما تكون المعلومات البسيطة هى كل ما هو ضرورى لتخفيف الضيق الثانوى الناشئ، وتدفع العميل للتعامل بكفاءة مع المشكلة الأولية فمثلاً: مدير المبيعات الذى يبذل جهداً لكى يعرض ويوضح أسعاره على لجنة المدراء، ويجد ذلك من الصعوبة بمكان أن يفعله ولديه صعوبة فى التركيز على هذه المهمة، ويمر بثورة غضب وقد تصبح أكثر تكراراً، وقد لخص ذلك على أنه "ينهار" cracking up، وقد ارتاح relieved عندما عرف أن ذلك ليس علامة على أنه يوشك أن يُجن لكنه عرض من أعراض العمل الزائد overworking الذى يؤدى إلى المشقة stress المصحوبة بقلق الأداء performance anxiety.

وعندما تدخل مشكلة عميل ما ضمن اضطراب طبى نفسى بوضوح حسب تصنيف رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (١٩٩٤)، أو منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) فقد يكون العلاج بالقراءة Bebliotherapy (Lazarus, ١٩٧١) مفيداً فى تبديد الخرافات، والمعتقدات غير الصحيحة، وإعلام العميل

بالظروف الراهنة، وفى الوقت نفسه يتم تقديم معلومات مناسبة عن المساعدة الذاتية self-help (Ruddell & Curwen, ١٩٩٧). وقد تم تلخيص الفئات الرئيسية العظمى من الاضطرابات الطبية النفسية فى الملحق الثانى عشر (Curwen, ١٩٩٧). وتتفاوت المواد المستخدمة من مجرد المعلومات البسيطة المدونة فى مفكرة Leaflets مثل تلك التى يتم إعدادها من قبل المعالجين عند علاجهم اضطراباً معيناً مثل القلق، والاكتئاب، واضطراب الوساوس القهرية، أو الفصام، إلخ لتكوين دليل شامل عن المساعدة الذاتية. (Greenberg & Paderky, ١٩٩٥)

٤ – ساعد العميل فى التمييز بين مختلف الانفعالات:

تم فى سياق الفصل الثالث، مناقشة مدى ملاءمة العميل للعلاج قصير المدى، وكان أحد بنود استخبار تقدير "سافران وسيجال" هو القدرة على التمييز بين مختلف الانفعالات. ويُعد ذلك مهماً فى سياق العلاج المعرفى السلوكى المختصر لعديد من الأسباب. وذكرنا فى مكان آخر أن الأفكار والمشاعر تظهر متواكبة معاً. وذلك يتبع خط أن فكرة ما لدى الفرد تتسق مع نمط المشاعر التى يخبرها. فمثلاً: لو أن فرداً ما لديه فكرة "أنا بلا فائدة، أنا أكره نفسى" فليس من المحتمل أن يكون شاعراً بالسعادة فى هذه اللحظة، لذلك فمن المهم فى العلاج المعرفى السلوكى بالنسبة لكل من المعالج والعميل أن يكونا لديهما القدرة على التمييز بين مختلف الانفعالات بوضوح. ووجود اتساق وتناغم بين أفكار معينة وانفعالات بعينها يُعد مناسباً لتمكين المعالج من فحص أجزاء الصياغة المعرفية. فمثلاً: لو حضر عميل يشكو من الاكتئاب، وكانت الأفكار الآلية التى تم التوصل إليها فى مرحلة علاجية مبكرة كانت متسقة مع القلق (الخوف من الأماكن المغلقة) مثل: "لو ذهبت إلى المحال والأسواق أدرك إننى سأصاب بالإغماء" وهنا ربما يكون الاكتئاب انفعالاً ثانوياً تأسس ونشأ عن أفكار إضافية مثل "غالباً ما سأظل هكذا، لن

أكون أبداً قادراً على الخروج بنفسى مرة أخرى" (انظر: البند الثالث من القائمة السابقة).

ويكون لدى بعض العملاء القدرة على التمييز بين الأفكار والانفعالات، وكذلك التمييز بين مختلف الانفعالات بسهولة نسبية، بينما يواجه بعضهم الآخر مستويات متدرجة ومتفاوتة الصعوبة فى هذا الصدد. وعندما يستخدم العملاء مصطلحات المشاعر والأفكار بشكل تبادلى، فمن المناسب هنا قول شئ من قبيل "لاحظت أنك عندما سألتك عن الأفكار التى تمر بعقلك الآن، أنك وصفت لى كيف تشعر، ومن المهم فى عملنا أن نفرق بين المشاعر والأفكار، لذلك يمكن أن نفهم بشكل أكثر وضوحاً كيف أنهما يرتبطان معاً". وبالنسبة للمرضى الذين لم يتدربوا على التفرقة بين الأفكار والانفعالات فالاقتراح أن يتلقوا تدريباً إضافياً مناسباً (انظر بند ٦ على سبيل المثال).

ولدى بعض الأفراد صعوبة فى التفرقة بين مختلف الانفعالات وتحديدها وذلك ليس غريباً، حيث أن الأفراد الذين يعانون من مشكلات بعد انفعالية (انظر بند ٣) ربما يكون لديهم عديد من الانفعالات المرتبطة معاً وبشكل جيد. ويدركونها على أنها خبرة سيئة متفردة. ومن السهولة على المعالج أن يصل إلى ذلك، حيث أن التعبيرات المستخدمة عادة ما تكون مبهمة وغير محددة، وفضفاضة، مثل "شعرت أننى شديد السوء"، "شعرت بالازدراء"، "أنا كنت سيئ"... وهكذا. وإحدى الطرق الجيدة لمساعدة العميل، أن نستخدم الصفة التى استخدمها ونسأل "هل شعرت بالقلق الشديد، أو الاكتئاب المروع، أو الغضب الحانق، أو شئ ما آخر؟" والأسلوب الذى استخدمه "ألبرت أليس" هو أن يسأل العميل أن يخمن الانفعال. ومن المهم للمعالج الا يقيم العميل بأن كلامه مبهماً حول انفعال معين عندما يكون ببساطة له لغته الخاصة أو يستخدم لغة مختلفة عن لغة المعالج، وذلك مهم بشكل خاص عند العمل

بشكل عبر ثقافى. وبالطريقة نفسها قد يربط الأفراد شعور، بشئ ما يمثله أو يظهره.

٥ – اشرح للعميل النموذج المعرفى:

تم فى الفصل الثانى مناقشة النموذج المعرفى Cognitive Model، وتم تقديم الصيغة المختصرة أ ب ج على أنها أداة مناسبة للتذكير Mnemonic . وفى الممارسة العيادية يبدو أن بعض العملاء قد يصلون إلى هذا الشكل المختصر سريعاً، بينما يبدو أن بعضهم الآخر يبدو ذلك وكأنه يحجب عملية التعلم، وذلك أن كلمة "تنشيط" Activating ليست قابلة للتذكر بشكل خاص، أو أنها عموماً ليست مرتبطة بكلمة "حدث" event فى أذهان عديد من الناس. فى حين أن كلمة "معتقد" Belief ليست شائعة الارتباط "بالأفكار الآلية" automatic thoughts فى أذهان كثير من العملاء، وغالباً لا يتم التوصل للرابطة بين الأفكار الآلية والمعتقدات إلا بعد مرور فترة من العلاج. ولما كانت المهام المنزلية جزءاً مركزياً من العلاج، فإن تكرار استخدام نموذج الأفكار الآلية، (انظر الفصل الثانى)، يكون ذا فعالية جيدة فى تعلم سلسلة الحدث - الفكرة - المترتبات.

إن التقديم الأولى للعميل الخاص بالنموذج المعرفى يتم إحرازه بنجاح من خلال تناول حدث انفعالى معين قد مر به العميل وقدمه، ويتم اختيار الأفكار، والمشاعر المرتبطة بها. على سبيل المثال: لو أن عميلاً خُبِرَ انهباط المزاج فيمكن السؤال عن المناسبة القريبة (الحدث)، ومناقشتها. ويقتنص المعالج كل فرصة ويقوم بدعم النموذج المعرفى خاصة فى المراحل العلاجية المبكرة وذلك عن طريق المساعِدة المستمرة للعميل ليربط بين الأفكار، والمترتبات (انظر البندين الثانى والثالث فى القائمة التالية)، وهذا الربط يكون واضحاً explicit "دعنا نرى ما هى الأفكار التى استطعت تحديدها فى نموذج الأفكار الآلية فى المهام المنزلية للأسبوع الماضى" وضمنية implicit

"لذلك فالفكرة "سأجعل من نفسي شخص أحمق" تؤدي بك إلى أن تشعر بالقلق". والقائمة التالية تشمل المكونات الرئيسية التي يجب أن يطرحها النموذج المعرفي للعميل، وهو ليس ترتيباً معيناً يقدم للعميل:

- الحدث.
- الأفكار والمعتقدات.
- المترتبات: الانفعالات emotions، والمشاعر feelings، والسلوكيات، الجوانب الفسيولوجية.
- المعتقدات والأفكار البديلة.
- التغير.
- أخطاء التفكير thinking errors .

"الحدث". غالباً ما يكون هناك حدث في حياة العميل، وقد يكون صغيراً أو كبيراً، وغالباً ما يكون غير مفضل من وجهة نظره، وواقعياً فالحدث قد يكون أي شئ يمكن أن يسبب كرباً للعميل حتى لو لم يكن العميل مدركاً لذلك في حينه، وقد يكون ضرورياً في بعض الأحيان أثناء الممارسة العيادية، أن نستدل بطريقة استرجاعية على الحدث من خلال الانفعالات، فمثلاً "فقد يوضح العميل أنه كان في المطبخ يُعد فنجاناً من الشاي ولسبب غير معروف "أصبح حزيناً تماماً" وليس من غير الشائع، أن يكون الحدث هو مجرد فكرة؛ وتعد مشكلات الانفعال البعدي دليلاً على ذلك؛ والأحداث الأخرى التي تكون غير قابلة للملاحظة في العالم الخارجي هي إحساسات sensations مثل أحلام اليقظة daydreams أو الصور الذهنية images (شائعة بشكل خاص في اضطرابات ما بعد الصدمة Post-tromatic stress disorder (PTSD) والأصوات voices (خاصة في الفصام schizaphrenia؛ والإحساسات الجسدية Bodily sensations شائعة في القلق Anxiety، أو

الاضطرابات الجسمية somatic disorders والروائح smells، وغيرها. ومن المفضل للمعالج ألا يتطرق لتفاصيل كثيرة في المراحل العلاجية الأولى.

"**الأفكار والمعتقدات**".. تم مناقشة الأفكار والمعتقدات في الفصل الثاني، فعند تعليم العميل النموذج المعرفي، يكون التصور الأساسي الذي يتم توضيحه هو أن الانفعالات تنشأ عن طريق الأفكار، حيث يكون العميل قادراً على توليد حدث ما، يكون واعياً بالفكرة الآلية التي تنتج انفعالات سلبية (انظر المقطع التالي)، والنمط التالي من النقاش قد يساعد في توضيح مدى تأثير الأفكار في الانفعالات.

المعالج: قلت أنك عندما شعرت بالحزن هذا الصباح كانت لديك فكرة مفادها "أنا غالباً ما أقوم بعمل أي شيء بطريقة خاطئة" وقلت أيضاً أنك قد أتممت تقريراً خاص بالعمل حيث كنت مسروراً تماماً، كيف يتبع ذلك فكرتك أنك تقوم بأداء كل شيء بطريقة خاطئة؟

العميل: (بعد فترة صمت) حسناً.. أعتقد أن ذلك غير حقيقي.

المعالج: لو أنك قلت لنفسك هذا الصباح أنك أخطأت بشيء ما، لكن فقط شيء واحد، وليس كل شيء، فهل تعتقد أنك كنت ستشعر بالدرجة نفسها من الحزن؟

العميل: كنت سأشعر بالحزن، لكن ليس بنفس الطريقة التي شعرت بها هذا الصباح.

وهذه الرابطة بين الأفكار، والمشاعر، يمكن العمل معها بشكل إضافي خلال الجلسة.

لقد ذكرنا سابقاً (في المرحلة المبدئية من العلاج) أنه يمكن العمل مع أكثر من واحد من أهداف المعالج بطريقة متشابهة، وفي المقطع السابق، لم يوضح المعالج فقط الرابطة بين الأفكار والمشاعر، لكن أيضاً بدأ بالفعل في

فحص الأفكار الآلية ومناقشة العميل فيها ، ويوضح المقطع التالى أنه عندما لا تكون البدائل الإيجابية للأفكار الآلية جاهزة، وهناك صعوبة فى توليد البدائل، فإنه يمكن المحاولة فى اتخاذ منحى أكثر مباشرة:

المعالج: لو اتخذت بدلاً من الفكرة ليدخل فكرة العميل الآلية] فكرة بديلة أكثر إيجابية ليقترح بديلاً للفكرة غير المساعدة (السلبية)] ما الذى كنت ستشعر به حينها؟

وعندما تفشل هذه الطريقة فغالباً ما ينجح التالى:

المعالج: هل تستطيع أن تفكر فى صديق ربما يكون قد خبر الحدث نفسه ولكنه يكون قد شعر بشئ مختلف؟

العميل: نعم، دانيال.

المعالج: فبماذا تعتقد أنه كان يفكر وقتها مما دفعه لأن يشعر بهذه الطريقة؟

ويكون من المفيد بشكل عام أن يتم توضيح هذه الأسئلة باستخدام نموذج أ ب ج على سبورة بيضاء أثناء الجلسة وذلك لدعم الرابطة بين ب، ج.

"المترتبات (نتيجة اعتناق معتقد معين)".. عند توضيح هذا الجزء للعميل، فإن الهدف الرئيسى هنا، هو إقناع العميل بأن النتائج المباشرة دائماً ما تنتج عن الأفكار الآلية (أو المعتقدات)، ولو نجح المعالج فى توضيح دور الأفكار فى الجزء الأخير، فسوف تظهر بالفعل للعميل بعض النتائج المترتبة على اعتناق أفكار معينة. وسيكون من الضرورى هنا أن نساعد العميل فقط لأن يكتشف أن هناك نتائج ومترتبات أخرى مثل السلوكيات، وإرجاعات الجسم.

المعالج: "جين"، قُلت أنه عندما تصرف رئيسك فى العمل بشكل غير لائق شعرت بالغضب فعلاً فهل يمكنك أن تخبرينى إن كنت قد شعرت بأى تغيرات جسدية عندما حدث ذلك؟

جين: (تعطى أمثلة).

المعالج: وهل وجدت نفسك تقومين بفعل أى شئ مختلف عندما حدث ذلك؟

"**المعتقدات والأفكار البديلة**".. عندما نعلم النموذج المعرفى، لا يكون الهدف الأساسى هو محاولة تغيير أفكار ومعتقدات العميل (برغم أننا أوضحنا أن ذلك ربما يكون قد بدأ فى الظهور)، لكن لتوضيح هذه البدائل (وبشكل أكثر مساعدة) للأفكار والمعتقدات فمن الأفضل أن نساعد العميل على أن يعمل على توليد هذه البدائل بنفسه.

"**التغيير**".. يستطيع عديد من العملاء فهم مكونات النموذج التى تم مناقشتها بسرعة. وأياً كان يشير عدد كبير منهم إلى أنهم على الرغم من استطاعتهم فهم النموذج عقلياً، إلا إنهم يكونوا بعيدين عن إحراز أى تغير إيجابى فى موقف المشكلة، ويظهر ذلك بشكل خاص مع الأفراد الذين يقولون أنهم خبروا بعض الأفكار السلبية المقابلة counter-negative thoughts (أو البدائل الإيجابية)، فى الوقت الذى يظهر فيه الحدث. وسيلاحظ القارئ أن مدى اعتقاد العميل واقتناعه بالعلاج المعرفى السلوكى، يكون مفيداً فى التغلب على مشكلاته، وهو أحد بنود مقياس تقدير الملاءمة للعلاج المعرفى السلوكى قصير المدى. ومن المهم أن نعترف للعميل أن التغير يأتى من خلال التمرين والممارسة، وأن الاحتفاظ بقدر جيد من الصحة النفسية يتم من خلال العمل عليها بنفس الطريقة التى تتطلبها الصحة الجسمية للحفاظ عليها، وهنا تبرز الحاجة إلى الواجبات المنزلية بين الجلسات. وبالإضافة إلى ذلك فقد أوضح "لى" Ley (١٩٧٩) أن الناس عموماً يحتفظون بقدر ضئيل فقط من المعلومات المقدمة لهم فى الاستشارات، وأحد أهداف مهام أو الواجبات المنزلية بين الجلسات هو المساعدة فى إعادة جمع وتثبيت المعلومات، سواء للنموذج المعرفى نفسه، أو عن بدائل الأفكار الآلية التى تكون أكثر واقعية وهى الأفكار التى تم توليدها بواسطة العميل أثناء الجلسة وأدوات ومواد التعليم النفسى.

فحص الأفكار الآلية ومناقشة العميل فيها، ويوضح المقطع التالى أنه عندما لا تكون البدائل الإيجابية للأفكار الآلية جاهزة، وهناك صعوبة فى توليد البدائل، فإنه يمكن المحاولة فى اتخاذ منحى أكثر مباشرة:

المعالج: لو اتخذت بدلاً من الفكرة ليدخل فكرة العميل الآلية] فكرة بديلة أكثر إيجابية ليقترح بديلاً للفكرة غير المساعدة (السلبية)] ما الذى كنت ستشعر به حينها؟

وعندما تفشل هذه الطريقة فغالباً ما ينجح التالى:

المعالج: هل تستطيع أن تفكر فى صديق ربما يكون قد خبر الحدث نفسه ولكنه يكون قد شعر بشئ مختلف؟

العميل: نعم، دانيال.

المعالج: فبماذا تعتقد أنه كان يفكر وقتها مما دفعه لأن يشعر بهذه الطريقة؟

ويكون من المفيد بشكل عام أن يتم توضيح هذه الأسئلة باستخدام نموذج أ ب ج على سبورة بيضاء أثناء الجلسة وذلك لدعم الرابطة بين ب، ج.

"المترتبات (نتيجة اعتناق معتقد معين)".. عند توضيح هذا الجزء للعميل فإن الهدف الرئيسى هنا، هو إقناع العميل بأن النتائج المباشرة دائماً ما تنتج عن الأفكار الآلية (أو المعتقدات)، ولو نجح المعالج فى توضيح دور الأفكار فى الجزء الأخير، فسوف تظهر بالفعل للعميل بعض النتائج المترتبة على اعتناق أفكار معينة. وسيكون من الضرورى هنا أن نساعد العميل فقط لأن يكتشف أن هناك نتائج ومترتبات أخرى مثل السلوكيات، وإرجاعات الجسم.

المعالج: "جين"، قُلت أنه عندما تصرف رئيسك فى العمل بشكل غير لائق شعرت بالغضب فعلاً فهل يمكنك أن تخبرينى إن كنت قد شعرت بأى تغيرات جسدية عندما حدث ذلك؟

جين: (تعطي أمثلة).

المعالج: وهل وجدت نفسك تقومين بفعل أى شئ مختلف عندما حدث ذلك؟

"**المعتقدات والأفكار البديلة**".. عندما نعلم النموذج المعرفي، لا يكون الهدف الأساسي هو محاولة تغيير أفكار ومعتقدات العميل (برغم أننا أوضحنا أن ذلك ربما يكون قد بدأ في الظهور)، لكن لتوضيح هذه البدائل (وبشكل أكثر مساعدة) للأفكار والمعتقدات فمن الأفضل أن نساعد العميل على أن يعمل على توليد هذه البدائل بنفسه.

"**التغيير**".. يستطيع عديد من العملاء فهم مكونات النموذج التي تم مناقشتها بسرعة. وثانياً كان يشير عدد كبير منهم إلى أنهم على الرغم من استطاعتهم فهم النموذج عقلياً، إلا إنهم يكونوا بعيدين عن إحراز أي تغير إيجابي في موقف المشكلة، ويظهر ذلك بشكل خاص مع الأفراد الذين يقولون أنهم خبروا بعض الأفكار السلبية المقابلة counter-negative thoughts (أو البدائل الإيجابية)، في الوقت الذي يظهر فيه الحدث. وسيلاحظ القارئ أن مدى اعتقاد العميل واقتناعه بالعلاج المعرفي السلوكي، يكون مفيداً في التغلب على مشكلاته، وهو أحد بنود مقياس تقدير الملاءمة للعلاج المعرفي السلوكي قصير المدى. ومن المهم أن نعترف للعميل أن التغير يأتي من خلال التمرين والممارسة، وأن الاحتفاظ بقدر جيد من الصحة النفسية يتم من خلال العمل عليها بنفس الطريقة التي تتطلبها الصحة الجسمية للحفاظ عليها، وهنا تبرز الحاجة إلى الواجبات المنزلية بين الجلسات وبالإضافة إلى ذلك فقد أوضح "لي" Ley (١٩٧٩) أن الناس عموماً يحتفظون بقدر ضئيل فقط من المعلومات المقدمة لهم في الاستشارات، وأحد أهداف مهام أو الواجبات المنزلية بين الجلسات هو المساعدة في إعادة جمع وتثبيت المعلومات، سواء للنموذج المعرفي نفسه، أو عن بدائل الأفكار الآلية التي تكون أكثر واقعية وهي الأفكار التي تم توليدها بواسطة العميل أثناء الجلسة وأدوات ومواد التعليم النفسي.

ونظراً لوجود بعض الصعوبات التي يقابلها بعض العملاء في تذكر مواد معينة من الجلسة، فيتم تشجيعهم بشكل روتيني على أن يحتفظوا دائماً بمفكرة علاجية لتسجيل النقاط المهمة أثناء الجلسة، وكثيراً ما يجدون أن التسجيل الصوتي مفيداً لهم حيث يمكنهم إعادة الأجزاء الخاصة ذات الأهمية خارج الجلسات مما يساعدهم على زيادة فهمها وتذكرها. ومن المهم بشكل عام، أن ندرك أننا تعلمنا واكتسبنا المعتقدات والأفكار السلبية أثناء عملية التنشئة المبكرة؛ لذلك فالتغير قد يستغرق وقتاً، وغالباً في حالة حدوث استكشاف جيد لنوبة انفعالية، واكتساب استجابات إيجابية أكثر مساعدة يحدث أن العميل الشكاك قد يعرف كفاءة وقوة ذلك المنحى.

ومن المهم كذلك أن نشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى مساعدة الناس لتغيير مشكلاتهم الانفعالية وليس للتغلب على مشكلات عملية (Bard, ١٩٨٠) من قبيل مشكلات السكن، والفقر، والدخل المنخفض، والمرض، وعدم العمل، والطلاق الوشيك، كلها أمثلة للمشكلات العملية. ويكون العلاج المعرفي السلوكي مناسباً لو كان العميل يعاني من مشكلات انفعالية ناتجة عن إحدى هذه المشكلات العملية، أو أن تكون في بؤرة الاضطراب الانفعالي لديه (Ruddell & Curwen, ١٩٩٧)؛ حيث يمكن أن يقدم للعميل مساحة انفعالية لكي يتعامل بشكل أكثر كفاءة مع مشكلاته العملية. (Ellis, ١٩٨٥) . وبالإضافة إلى ذلك عندما يكون التركيز على الأفكار الآلية لا يظهر أن الأفكار بشكل خاص غير متضمنة في أخطاء التفكير، فهنا يكون حل المشكلات problem solving أكثر التدخلات فعالية (انظر: Hawtan & Kirk, ١٩٨٩; Meichenbaum, ١٩٨٥; Miller & Palmer, ١٩٩٨; Palmer, ١٩٩٤; Palmer & Burton, ١٩٩٦; Wasik, ١٩٨٤).

"أخطاء التفكير".. تم ذكر أكثر أخطاء التفكير thinking errors شيوعاً (أو التشويه المعرفي cognitive distortion)، في سياق الفصل الثاني، في مرحلة تعليم النموذج المعرفي للعميل. والنقطة الأساسية، أن نكتشف أننا غالباً

ما نتبنى نمطاً من الأفكار والمعتقدات التى قد تكون غير مساعدة لنا. وعلى الرغم من أن هذه الأفكار والمعتقدات تبدو صحيحة وقابلة للتصديق بالنسبة للعميل فى ذلك الوقت، إلا أنها لا تكون مدعومة بدلائل موضوعية. لذ فيمكن تعلم أفكار ومعتقدات جديدة ويتم تبنيها. وليس ضرورياً فى هذه المرحلة أن نغطى كل أخطاء التفكير تفصيلاً، حيث يمكن للعميل أن يتأملها خلال الواجب المنزلى خارج الجلسات، ويقوم بربطها بنموذج الأفكار الآلية، ويكون ذلك ضرورياً فقط لكى توضح للعميل كيف أن أخطاء التفكير تؤدى إلى انفعالات سلبية غير مساعدة.

٦ – ساعد العميل على تحديد أفكاره الآلية:

إن قدرة العميل على تحديد أفكاره الآلية تُعد واحدة من بنود مقياس تقدير الملاءمة للعلاج المعرفى قصير المدى الذى تم مناقشته فى الفصل الثالث. وكما كان تحديد كل الأفكار الآلية مفهوماً مركزياً فى العلاج المعرفى السلوكى، فمن المهم للمعالج أن يمتلك عدداً من الأساليب لمساعدة العميل على تنمية المهارة اللازمة لكى يصبح واعياً بالأفكار الآلية، وأن يحددها فى مرحلة مبكرة من العلاج. ويجب أن يدرك المعالج تمييزاً مهماً بين قدرة العميل على تحديد الأفكار التى تمر بعقله وارتباطها بنوبات انفعالية سلبية والتعرف على كل الأفكار على أنها أفكار سلبية آلية. وعديد من الأفراد الذين يأتون للعلاج يعرفون الأفكار التى لديهم، لكنهم لا يدركون أنها سلبية، وفى هذه الحالة يكون كافياً أن نحضر ذلك ونرفعه إلى مستوى وعى وانتباه العميل. ويركز المعالج هنا على تحديد كل فكرة آلية خلال الجلسة على أن يستمر ذلك كواجب منزلى خارج الجلسات باستخدام نموذج الأفكار الآلية (انظر الفصل الثانى).

ولا يكون عديد من العملاء واعين بالأفكار التى تدور فى خاطرهم أو ارتباطها بانفعالات سلبية، لكن يمكنهم أن يتعلموا وبسرعة بمساعدة خلال

الجلسة أن يسيطروا على هذه الأفكار، على سبيل المثال: "ما الذي يدور في عقلك في هذه اللحظة؟" أو "لماذا أخبرت نفسك عندما حدث ذلك؟".

لقد ذكرنا في القسم الرابع أن "إليس" Ellis يشجع العملاء على أن يقوموا بعمل تخميناً أو افتراضاً واسعاً لو وجدوا صعوبة في تحديد انفعال ما، وبشكل مشابه، يمكن أن يُطلب من العملاء أن يقوموا بعمل تخمين واسع عن ماهية الأفكار الآلية التي كانت لديهم في موقف ما لو كانت غير واضحة لهم. وهذا هو أساس أسلوب "بيرنز" Burns المعروف باسم "العصا" stick لكن في صورة مختصرة (Burns, ١٩٨٩). فكان يشجع العملاء على أن يرسموا صورة عصا غير سعيد عندما يكونوا غير قادرين على تحديد الأفكار الآلية السلبية، وأن يقوموا برسم فقاعة bubble فكرة على رأس صورة العصا، كما يحدث في أفلام الكرتون، وهنا تلك الأفكار فتوضع على شكل عصا. وهناك طريقة أخرى حيث يسأل العميل عن شخص آخر، مثل صديق جيد له، عن كيف كان سيفكر لو أنه مرّ بنفس الانفعالات في نفس الموقف؟ وكما قام المعالج بتوليد وعمل الصياغة المعرفية لمشكلة العميل، فيمكن أن يقوم بتخمين، أو افتراض الأفكار الآلية (حين فشلت المناحي الأخرى في تحديدها)، ويسأل العميل لو أن هذه الفكرة جيدة وملائمة أم لا. وعند استخدام مثل هذه المناحي فمن المهم أن نفحص مع العميل ما إذا كانت هذه الأفكار جيدة وملائمة أم لا.

وقد يكون سبب عجز العميل عن تقرير الأفكار الآلية وتحديدها في بعض الأحيان، هو أنه في حجرة العلاج يكون بعيداً عن الموقف الأصلي، فلا يتذكر "المعارف الساخنة" Hot cognitions وهنا يتم مساعدة العميل على إعادة بناء الموقف المشكلة (المربك) في عقله، ويتم تشجيعه على التركيز على التفاصيل، وقد يُطلب منه أيضاً أن يصف البيئة المحيطة عندما كان يلقي انتباهاً لما يفعل في ذلك الوقت، وما الذي خبره من أحاسيس، وقد تظهر

مشاعر إضافية مرتبطة بالأفكار، والتى قد يصبح العميل حالياً قادراً على الإمساك بها، وتكون الصور الحية جلية وواضحة فى بعض الأحيان، ويمكن أن يُسأل العميل "هل هناك أى صور عابرة تمر فى عقلك فى هذا الوقت؟".

وعندما يكون العميل عاجزاً عن استدعاء الأفكار الآلية التى ارتبطت بالموقف المربك، قد يكون من المناسب أن يستخدم المعالج مادة من حدث واقعى، ويتم تناوله داخل الجلسة بالفعل، ويتابع المعالج عن قريب، مزاج العميل، وعندما يُظهر العميل نقلة سلبية يسأل المعالج "أعتقد أنك فجأة بدوت حزيناً عندما كنا نتحدث عن ... هل يمكن أن أناقش ذلك معك؟"، ويؤكد المعالج ذلك للعميل ويسأله "ماذا دار بعقلك حول هذه النقطة؟" ولفحص ما إذا كان العميل حزيناً (أو قلقاً، أو غاضباً، أو لديه شعور بالذنب.. إلخ) يمكن أن تدرك بواسطة المعالج الخبير عن طريق سؤال بسيط "ماذا دار فى عقلك أثناء ذلك فقط؟". وأياً كان، فذلك قد يمثل تحدياً للعلاقة العلاجية لو اعتقد العميل أن المعالج يخبره كيف يشعر (الاغتصاب الانفعالى emotional robe) . أو بدا له أن المعالج يشاركه التفكير المشوه. قراءة العقول mind reading .

ولما كان كل حدث هو تفاعل، فيمكن أن يستخدم المعالج أسلوباً إضافياً مع العميل وهو أن يقوما بأداء الأدوار role play للموقف، وللمعالج أن يسأل عن النقطة المناسبة "ماذا دار فى عقلك هنا؟".

ولما كانت الأفكار الآلية دائماً تقييمية، فإن هناك طريقة أخرى لاكتشاف الأفكار وهى أن نسأل "ماذا يعنى هذا الموقف بالنسبة لك؟"، وأخيراً لو فشلت كل هذه المناحى والطرق فإن هناك أسلوباً تم تأسيسه على أسلوب التدخل العكسى والتناقض paradoxical intervention يمكن تجريبه، وهنا يقترح المعالج فكرة تبدو عكس ما يعتقده حول ماهية الفكرة الآلية. (Beck, ١٩٩٥):

المعالج: هل تخبر نفسك أنك تحب أن تؤدى أداءً جيداً، لكن ذلك لا يكون مهماً إذا لم تفعل؟

العميل: (مقاطعاً)، لا. بل يجب أن أؤدى أداءاً جيداً وإلا سيثبت ذلك أننى فاشل.

ولقد ذكرنا فى موضع سابق أن الصياغة المعرفية تكون بمثابة المرشد للمعالج لتوضيح وتدقيق الفكرة الآلية. وعندما تبدو فكرة آلية ما، ومشاعر ما غير متطابقين، فربما يحدث ذلك لأن الفكرة الآلية ارتبطت بمشكلات ترتبط بالانفعالات البعدية، وهى تنشأ من أن العميل قرر وجود فكرة آلية وتكون مساعدة فى فحص ما إذا كانت فكرة آلية أخرى موجودة أم لا وتكون مرتبطة بالمشكلات المرتبطة بالانفعال البُعدى، والتى من الأفضل فى بعض الأحيان الوصول إليها اولاً، وقد تم مناقشة ذلك سابقاً.

وعندما تفشل كل محاولات المعالج فى إنتقاء الأفكار الآلية من خلال مدى واسع من المواقف والخبرات التى ذكرها العميل، فربما يكون من الأفضل للمعالج إعادة تقييم ما إذا كان العميل بالفعل ملائماً لتلقى العلاج المعرفى السلوكى المختصر أم لا. وفى بعض الحالات، قد يكون من الأفضل البدء على المستوى السلوكى أكثر فعالية، وأياً كان الأمر، من المهم فى سعينا لاختيار أفكار العميل الآلية، ألا تأخذنا فرط الحماسة ونقرر أن العميل أخفق بطريقة ما، فلو أن المعالج التقط من العميل تغيرات فى اللغة الجسمية، وشعر العميل بذلك، فقد يكون ذلك ملائماً ومناسباً لبدء النقاش حول هذه المسألة معه، فقد يكون ذلك نوبة تولد المعارف الساخنة، وهنا يمكن استخدام أدوات إضافية خلال جلسة العلاج. وعندما يبدو مستحيلاً اكتشاف أفكار العميل الآلية، فيجب أن نتذكر أن العميل ربما مر بخبرات الانفعال البُعدى الأصلية مثل (الخجل من الشعور بالقلق)، أو حتى حول العجز عن التوصل للأفكار الآلية الآن، ولو بدا الأمر كذلك، فيمكن للمعالج أن يقول للعميل "يشعر بعض الناس بالخجل من الطريقة التى يؤدون بها، ويعتقدون فى

بعض الأحيان أنهم بمفردهم فيما يشعرون به. وأنا أتساءل لو أنك لديك مثل هذه المشاعر؟". وقد يعتنق بعض العملاء الذين لم يقرروا بعد أفكارهم الآلية معتقداً مثل "هذا نهاية الوقت بالنسبة لى، لماذا لم يفعل شيئاً أكثر فعالية لمساعدتى"، ومرة أخرى، يمكن للمعالج أن يفحص مع العميل ما إذا كان لديه هذا النمط من الاعتقاد فى أسلوب العصاب؟، وهل هو ذو كفاءة أم لا؟، ويسأل العميل بشكل روتينى عن رأيه فى الجلسة فى نهايتها.

٧- ساعد العميل على أن يربط الأفكار الآلية بكل من الانفعالات، والسلوك:

تم مناقشة الربط بين الأفكار الآلية وكل من الانفعالات والسلوك فى القسم السابق، وكذلك فالأفكار ترتبط باستجابات الفرد الفسيولوجية الجسمية. والهدف الأساسى من هذا البند، هو تشجيع العميل على ممارسة تحديد أفكاره الآلية والربط بينها وبين انفعالاته، وسلوكياته، واحساساته الجسدية، مرة بعد مرة، فى كل وقت يمر به بهذه الأفكار خارج حجرة العلاج، ويصبح العميل مدركاً أنه عندما يخبر أحد الانفعالات غير السارة، ويكتشف الأفكار المرتبطة بها، ويقوم بعمل ذلك بشكل جيد، فسيكتشف بسرعة أنه غالباً ما يستخدم مجموعة قليلة من أخطاء التفكير فى عديد من المواقف.

٨ – ساعد العميل على أن يدرك مسئوليته عن التغيير الشخصى:

إن التوصل لأن يدرك العميل أنه مسئول عن التغيير الشخصى، يتم إنجازه بشكل أكثر سهولة لو أن الأهداف العلاجية تم تحديدها بوضوح، وبشكل تعاونى، ولو أن الصياغة المعرفية لمشكلة العميل كانت جيدة ودقيقة الصياغة، وتشمل الصياغة المعرفية عدداً من المكونات التى توضح إلى أى مدى تمتد صعوبات العميل الحالية (والأفكار الآلية) حيث ارتبطت بشكل ثابت بعملية التنشئة الاجتماعية والتى ساعدت فى تنميتها. وعلى سبيل المثال: لو

بعض الأحيان أنهم بمفردهم فيما يشعرون به. وأنا أتساءل لو أنك لديك مثل هذه المشاعر؟". وقد يعتنق بعض العملاء الذين لم يقرروا بعد أفكارهم الآلية معتقداً مثل "هذا نهاية الوقت بالنسبة لى، لماذا لم يفعل شيئاً أكثر فعالية لمساعدتى"، ومرة أخرى، يمكن للمعالج أن يفحص مع العميل ما إذا كان لديه هذا النمط من الاعتقاد فى أسلوب العصا؟، وهل هو ذو كفاءة أم لا؟، ويسأل العميل بشكل روتينى عن رأيه فى الجلسة فى نهايتها.

٧- ساعد العميل على أن يربط الأفكار الآلية بكل من الانفعالات، والسلوك:

تم مناقشة الربط بين الأفكار الآلية وكل من الانفعالات والسلوك فى القسم السابق، وكذلك فالأفكار ترتبط باستجابات الفرد الفسيولوجية الجسمية. والهدف الأساسى من هذا البند، هو تشجيع العميل على ممارسة تحديد أفكاره الآلية والربط بينها وبين انفعالاته، وسلوكياته، واحساساته الجسدية، مرة بعد مرة، فى كل وقت يمر به بهذه الأفكار خارج حجرة العلاج، ويصبح العميل مدركاً أنه عندما يخبر أحد الانفعالات غير السارة، ويكتشف الأفكار المرتبطة بها، ويقوم بعمل ذلك بشكل جيد، فسيكتشف بسرعة أنه غالباً ما يستخدم مجموعة قليلة من أخطاء التفكير فى عديد من المواقف.

٨- ساعد العميل على أن يدرك مسئوليته عن التغيير الشخصى:

إن التوصل لأن يدرك العميل أنه مسئول عن التغيير الشخصى، يتم إنجازه بشكل أكثر سهولة لو أن الأهداف العلاجية تم تحديدها بوضوح، وبشكل تعاونى، ولو أن الصياغة المعرفية لمشكلة العميل كانت جيدة ودقيقة الصياغة، وتشمل الصياغة المعرفية عدداً من المكونات التى توضح إلى أى مدى تمتد صعوبات العميل الحالية (والأفكار الآلية) حيث ارتبطت بشكل ثابت بعملية التنشئة الاجتماعية والتى ساعدت فى تنميتها. وعلى سبيل المثال: لو

المعالج: هل تخبر نفسك أنك تحب أن تؤدى أداءً جيداً، لكن ذلك لا يكون مهماً إذا لم تفعل؟

العميل: (مقاطعاً)، لا. بل يجب أن أؤدى أداءاً جيداً وإلا سيثبت ذلك أننى فاشل.

ولقد ذكرنا فى موضع سابق أن الصياغة المعرفية تكون بمثابة المرشد للمعالج لتوضيح وتدقيق الفكرة الآلية. وعندما تبدو فكرة آلية ما، ومشاعر ما غير متطابقين، فربما يحدث ذلك لأن الفكرة الآلية ارتبطت بمشكلات ترتبط بالانفعالات البعدية، وهى تنشأ من أن العميل قرر وجود فكرة آلية وتكون مساعدة فى فحص ما إذا كانت فكرة آلية أخرى موجودة أم لا وتكون مرتبطة بالمشكلات المرتبطة بالانفعال البُعدى، والتى من الأفضل فى بعض الأحيان الوصول إليها أولاً، وقد تم مناقشة ذلك سابقاً.

وعندما تفشل كل محاولات المعالج فى إنتقاء الأفكار الآلية من خلال مدى واسع من المواقف والخبرات التى ذكرها العميل، فربما يكون من الأفضل للمعالج إعادة تقييم ما إذا كان العميل بالفعل ملائماً لتلقى العلاج المعرفى السلوكى المختصر أم لا. وفى بعض الحالات، قد يكون من الأفضل البدء على المستوى السلوكى أكثر فعالية، وأياً كان الأمر، من المهم فى سعينا لاختيار أفكار العميل الآلية، ألا تأخذنا فرط الحماسة ونقرر أن العميل أخفق بطريقة ما، فلو أن المعالج التقط من العميل تغيرات فى اللغة الجسمية، وشعر العميل بذلك، فقد يكون ذلك ملائماً ومناسباً لبدء النقاش حول هذه المسألة معه، فقد يكون ذلك نوبة تولد المعارف الساخنة، وهنا يمكن استخدام أدوات إضافية خلال جلسة العلاج. وعندما يبدو مستحيلاً اكتشاف أفكار العميل الآلية، فيجب أن نتذكر أن العميل ربما مر بخبرات الانفعال البُعدى الأصلية مثل (الخجل من الشعور بالقلق)، أو حتى حول العجز عن التوصل للأفكار الآلية الآن. ولو بدا الأمر كذلك، فيمكن للمعالج أن يقول للعميل "يشعر بعض الناس بالخجل من الطريقة التى يؤدون بها، ويعتقدون فى

أخبر أحد المقربين العميل عندما كان طفلاً "أنت غبي ولن تصلح لأي شئ"، فمن السهل أن نفترض أن العميل ربما يكون قد نشأ ولديه ضعفاً فى تقدير الذات self-esteem . وبمجرد أن يفهم العميل النموذج المعرفى يستطيع أن يحدد الأفكار الآلية، ويدرك بعض أخطاء التفكير التى استخدمها للمواقف الراهنة. وفى الوقت نفسه، يكون واعياً بالأهداف العلاجية، وأنه فى موقف أفضل، ولديه القدرة على التغيير. وعندما يكون العميل غير نشط فى اختيار، أو تبنى فكرة آلية سلبية، فهو يفعل ذلك ضمنياً لو لم يناقش مصداقيتها بالنظر إلى الدلائل التى تدعمها. وأياً كان، فقد يتطلب الأمر قدراً أعلى من الجهد من قبل العميل لو أنه مارس أخطاء التفكير عبر مدة زمنية طويلة نسبياً. وأكدنا فى الفصل الثالث أهمية المهام بين الجلسات، والواجبات المنزلية، وكذلك كل عمل فى سياق العلاج المعرفى السلوكى بشكل عام هو على درجة من الأهمية (Numeyer & Feixas, ١٩٩٠; Perrsons et al., ١٩٨٨) . ويعد حاسماً فى جعل العلاج علاجاً مختصراً. وربما يسبب أداء أى عمل بين الجلسات، مشكلة لبعض العملاء، خلال أى مرحلة علاجية، وسيتم فى الفصل التالى استعراض ومناقشة مناحى التعامل مع هذه المشكلات. وأشرنا كذلك إلى فائدة احتفاظ العميل بمفكرة علاجية يسجل فيها النقاط المهمة خلال الجلسة.

٩ – (إبدأ) فى مساعدة العميل أن يختبر ويناقش أفكاره الآلية وينمى بدائل إيجابية أكثر مساعدة:

تبدأ هذه العملية فى حجرة العلاج النفسى أولاً، فدائماً ما يُسأل العميل عن مشكلته، ويتم اختيار الأفكار الآلية بواسطة المعالج (انظر القسمين السادس والسابع)، ودائماً ما يتبنى المعالج أسلوباً فى المناقشة يسمى فى بعض الأحيان التساؤل السقراطى socratic questioning، أو الأسلوب السقراطى، وذلك بدلاً من الأسلوب التلقينى التعليمى المباشر indoctrianation، الذى يقود

العميل لتحدى معتقداته (Beck et al., ١٩٧٩) . وغالباً ما تؤدى هذه العملية إلى حدوث تنافر معرفى وانفعالى. وفى النص التالى يصف العميل (الذى وصل إلى نهاية المرحلة المبدئية من العلاج) مشكلته فى العمل حيث يتطلب الوصول لعدد من الأفراد فى حجرة أخرى، المرور عبر ممر ضيق، وتم استخدام نموذج الأفكار الآلية (انظر صفحة ٠٠ وملحق رقم ١٢).

العميل: إنهم ينظرون لعينى، ويتوقعون منى أن أقول أهلاً، أو شيئاً من هذا القبيل، وغالباً ما أشعر بالقلق.

المعالج: ما الذى يثير القلق لديك أو فى عقلك من هذا الموقف؟

العميل: عندما يتطلب الموقف أن أتكلم، فأنا أشعر بسخونة، وارتبك، وفى بعض الأحيان أتجمد.

المعالج: ما الأفكار التى تأتيك عندما تفكر فى الموقف؟

العميل: لو تجمدت مكانى، سوف يعتقدون أنى غبى، وأضيع وقتاً طويلاً قبل أن أتكلم.

المعالج: وعلى مقياس من ١- ١٠٠ كيف تقدر مدى قوة معتقدك فى هذه الفكرة.

العميل: حوالى ٨٥ .

المعالج: نعود لفكرة أن الناس يعتقدون أنك غبى، ما الذى ينتج عن ذلك فى عقلك؟

العميل: ذلك يجعلنى بلا فائدة، وسأكون وحيداً بلا أصدقاء.

المعالج: قلت أنك شعرت بالقلق فى هذا الموقف، هل شعرت بانفعالات أخرى؟

العميل: نعم، شعرت بالاكتئاب أيضاً.

المعالج: هل يمكنك تقدير كل انفعال من هذه الانفعالات؟

العميل: يهمم، القلق ٨٠٪، والاكتئاب حوالى ٧٠٪ .

المعالج: دعنا نرجع إلى فكرتك الأولى، هل تجمدت وعجزت عن الكلام بهذا الشكل حديثاً؟

العميل: نعم، منذ عدة أسابيع، وحدث أثناء وجودى فى حفلة.

المعالج: هل تستطيع أن تفكر فى الموقف الذى كنت فيه وسط الناس ولم تعجز عن الكلام ولم تتجمد؟

العميل: أنا الآن أتحدث إليك جيداً، أنا أعتقد ذلك، وكذلك مع صديقتى "آنى" هى التى أستطيع أن أتحدث معها جيداً فى العمل.. ولدى ثلاثة من الأصدقاء الحميمين أشعر بالراحة معهم.

المعالج: هل يظن أو يعتقد هؤلاء الخمسة أنك غبى؟

العميل: لا أعتقد ذلك.. يحدث هذا فقط عندما أكون مع أناس لا أعرفهم، فلا أستطيع أن أفكر فى شئ مثير ومشوق لأقوله.

المعالج: هل أنت هادئ دائماً مع الأصدقاء الثلاثة الذين تشعر معهم بالراحة؟

العميل: بعض الأحيان، أعتقد ذلك.

المعالج: هل تعتقد أنهم ينظرون إليك على أنك غبى؟

العميل: لا.. لا أنالا أعتقد ذلك.

المعالج: لو تحدث الناس فى الممر أو المرآب إليك، ولم تتجمد عن الكلام، فهل هناك شئ آخر ربما يفكرون فيه عنك، غير كونك غبى؟

العميل: يهمم.. أعتقد أنهم قد يفترضوا أنى خجول، أو ربما أحمق، أو مشغول بشئ ما. أو فقط أنى فى مزاج هادئ.

المعالج: كيف تقدر مدى اعتقادك فى كل منها؟

العميل: الخجل ٧٥٪، التحفظ والعزلة ٥٠٪، الانشغال ٦٥٪، المزاج الهادئ ٧٠٪.

المعالج: لو أخذنا كل هذه الاحتمالات، وأنا متأكد أننا نستطيع أن نفكر في المزيد منها، فكيف تقدر الآن معتقداتك في فكرتك الأصلية، وهي أن الناس يعتقدون أنك غبي؟

العميل: أقل بكثير، حوالي ٣٠ أو ٣٥٪.

المعالج: وكيف تشعر الآن.

العميل: أقل قلقاً كثيراً.

المعالج: هل يمكنك تقدير ذلك لو سمحت؟

العميل: ٣٠٪ أو ٣٥٪ .

ويتعلق هذا المقطع بفرد يعاني من المخاوف الاجتماعية، وفي أثناء الممارسة العيادية يشجع المعالج العميل على القيام بعدد من المهام السلوكية، وقد يستخدم التعليم النفسي الذي يهدف إلى إقناع العميل أن التجمد عن الكلام الذي يمر به هو، إنما هو نمط شائع في هذه المشكلة، وربما يتطرق المعالج إلى بعض التفصيلات لتوضيح الطريقة التي يقود بها القلق إلى إضعاف قدرة العميل على التفاعل بشكل اجتماعي جيد.

١٠- ساعد العميل على تنمية سمة التفاؤل حول العلاج المعرفي السلوكي:

١١- وانتقي الشكوك حول العلاج وساعد العميل على تغيير أي تصورات خاطئة من خلال التعليم النفسي:

إن المدى الذي يصل إليه تفاؤل العميل حول العلاج المعرفي السلوكي، هو أحد البنود في مقياس تقدير مدى ملاءمة العميل للعلاج المعرفي قصير

المدى الذى تم تقديمه فى الفصل الثالث. ومادة هذين البندين سوف تظهر خلال الجلسة العلاجية، لكنها ربما تكون أكثر شيوعاً عندما يتم تعليم النموذج المعرفى، وعند مساعدة العميل لفحص ومناقشة أفكاره غير المساعدة، وكذلك عند طلب عائد فى نهاية كل جلسة. وكما تمت الإشارة فى الفصل الثانى، يتم مناقشة أى تصورات خاطئة misconceptions حول العلاج المعرفى السلوكى بشكل كامل من خلال الحوار السقراطى (انظر رقم ٩ سابقاً) حيث يدفع العميل إلى مناقشة تصوراته الخاطئة، وتفيد هذه العميلة فى تعميق التحالف العلاجى therapautic alliance . وهذان البندان يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالمدى الذى يقبل به العميل مسئوليته عن التغير الشخصى. وأياً كان الأمر، فعلى الرغم من أن كل المسئولية يتم تحديدها ومناقشتها مع العميل، فإن المعالج يكون مسئولاً عن مساعدة العميل على الوقوف على معنى وسبب كل تغير يحدث. وعلى الرغم من أن المعالج يأمل أن ينمى تفاؤل العميل، فهو إلى جانب ذلك يجب أن يكون واقعياً، ويعترف للعميل أن العلاج قد لا يتقدم بشكل مطرد لكن يتفاوت صعوداً وهبوطاً فى بعض الأحيان.

١٢- اكتشف ماذا يأمل العميل أن ينجزه من خلال العلاج، ووافق بشكل تعاونى على أهداف العميل الواقعية (البؤرية Facality):

تم مناقشة هذا البند فى الفصلين الثانى والثالث، ونجد أنه كلما كانت الأهداف واضحة، تضاعفت سهولة البؤرية (التركيز) واستمرت. وقد ناقشنا فى موضع سابق أن العميل غالباً ما يُظهر أهدافه لكنها إما أن تكون مبهمة vague وتحتاج إلى التوضيح بشكل تعاونى، وكذلك العمومية common فهى بمثابة التعبير عن الأهداف طويلة المدى والتى تحتاج إلى التفتيت إلى أهداف فرعية وقابلة للتنفيذ. ولكى يتم تحقيق هذه الخطوات أو الأهداف الفرعية، فهى فى المقابل تحتاج إلى أن يقوم العميل بأداء عدد من المهام والتجارب السلوكية. والمهام بشكل عام هى واجبات صممت لمساعدة العميل

للاشتراك فى المواقف التى سبق وتحاشاها. والتجارب هى واجبات ومهام تساعد العميل على فحص صدق الأفكار الآلية والتى ربما تؤدى إلى حدوث نقلة إيجابية فى معتقداته غير المساعدة. ومن المهم لكى يتم عمل ذلك بكفاءة عالية فيجب أن تكون كل مهمة متحدية challenging لكنها ليست مستعصية overwhelming (انظر: Palmer & Dryden, ١٩٩٥). وفيما يلى بعض الأهداف طويلة المدى، والأهداف الفرعية، والمهام، والتجارب السلوكية، والتى تم الموافقة عليها مع العميل الذى قابلناه فى القسم (٩) السابق:

الهدف: يطلب موعداً من سيدة للقائها.

الهدف الفرعى: التفاعل فى جلسة اجتماعية بدون وجود قلق مرتفع.

المهمة: الاشتراك فى عدد من المواقف الاجتماعية الخاصة، فى الحانة القريبة، ومقصف العمل، والنادى المحلى، والالتحاق بصف ليلى، والاتصال بالأصدقاء القدامى.

التجارب: سؤال الغرباء لصرف عملات بينما يبتسم فى وجههم (الفحص المعتقد الخاص بأنهم قد يكونوا غير ودودين).

١٣- عملية الأمن: ثبت المدى الذى يشترك فيه العميل فى سلوكيات قد تكون مريحة وقتياً أو تمكنه من تحاشى المشكلة لكنها ضد العملية العلاجية:

تكون هذه السلوكيات ذات مدى واسع، وتظهر فى مختلف الأشكال بدءاً من تحاشى الاتصال بالعين، إلى اعتماد الكحول. والتحاشى يكون للحدث المفجر للقلق، وكما تم الإشارة فى موضع سابق، أن الحدث قد يكون فكرة، فالأفكار قد تتضمن تصورات، أو ذكريات، وقد يكون هذا التحاشى نشطاً، أو سلبياً (Kirk, ١٩٨٩). والتحاشى النشط Active avoidance هو الأشياء التى تبدو وكأنها شكل من أشكال التوافق والتكيف مع المشكلة،

مثل: التزام طقوس خاصة في اضطراب الوساوس القهرية. والتحاشي السلبي Negative avoidance هي أشياء توقفت، في محاولة للتخلص من المشكلة، مثل عدم الذهاب للمحال في مرضى المخاوف من الأماكن المفتوحة agorapholria. وفيما يلي بعض الأسئلة التي قد تكون مساعدة في انتخاب هذه العمليات:

١ – النشط:

"لو ظهرت المشكلة فما الذي يمكنك التوقف عن عمله؟".

"هل بدأت في عمل أي شئ جديد، أو بدأت في عمل أشياء مختلفة بسبب المشكلة؟"

٢ – السلبي:

"هل توقفت عن عمل أشياء، أو توقفت عن الذهاب إلى أماكن معينة بسبب المشكلة؟"

ناقشنا فيما سبق قائمة أهداف المعالج لمرحلة بداية العلاج بشئ من التفصيل، وسنقدم بشكل مختصر، كيفية تكاملها في الجلسة العلاجية الأولى. وقد بدأنا هذا الفصل بافتراض أن هذه الأهداف يمكن أن تختصر تحت قائمة أقصر من العناوين، بمجرد أن يستوعبها ويعيها المعالج المتدرب بشكل جيد، وبشكل تكاملي من خلال ممارساته العيادية. وهي مقدمة في الشكل المقترح (١٠) وهي أيضاً تقوم مقام المذكرة لمراجعة البنود في القائمة الأصلية والتي اختصرت تحت كل عنوان رئيسي:

- **العلاقة التعاونية:**

٢- طوِّر علاقة تعاونية علاجية مستمرة.

٣- اشرح للعميل اضطرابه، وساعده في التخفيف من كربه من خلال التعليم النفسي.

١٠- ساعد العميل على تنمية سمة التفاؤل بالعلاج المعرفى السلوكى.
١١- اختار الشكوك حول العلاج وساعد العميل على تغيير أى تصورات خاطئة من خلال التعليم النفسى.
١٢- اكتشف ماذا يأمل العميل من العلاج، والاتفاق بشكل تعاونى على الأهداف الواقعية للعميل (البؤرية).

- **عملية النموذج المعرفى:**

١- طوّر الصياغة المعرفية لمشكلة (مشكلات) العميل.
٤- ساعد العميل فى التمييز بين مختلف الانفعالات.
٥- علمه النموذج المعرفى.
٦- ساعد العميل على تحديد أفكاره الآلية.
٧- ساعد العميل على الربط بين الأفكار الآلية وكل من الانفعالات والسلوكيات.

- **ساعد العميل على حل مشكلاته داخل وخارج الجلسة:**

٨- ساعد العميل فى إدراك مسئوليته عن التغير الذاتى.
٩- (إبدأ) فى مساعدة العميل فى اختيار ومناقشة أفكاره الآلية وأن ينمى بدائل أكثر مساعدة (إيجابية).
١٣- عملية الأمن: ثبت مدى اشتراك العميل فى سلوكيات قد تكون مريحة وقتياً أو تمكنه من تجنب المشكلة لكنها ضد العملية العلاجية.

شكل (١٠) أهداف المعالج: إطار عمل لمرحلة بداية العلاج

الجلسة العلاجية الأولى:

يختلف بناء الجلسة العلاجية الأولى عن بقية الجلسات التالية، وذلك أساساً بسبب أن العميل لم يقدم له النموذج المعرفى بعد ولم يألفه، فمثلاً: قد يكون العميل غير واعى بالنموذج المعرفى، وهنا ربما يتطلب الأمر تقديم مُدخلاً عنه فى الجلسة الأولى. وتم شرح بناء الجلسة العلاجية الأولى فى جدول

(١١)، وربما تضمنت الجلسة التقييمية للعلاج المعرفى السلوكى المختصر، مقدمة محدودة عن النموذج المعرفى، ودائماً يتضمن العلاقة بين الأفكار والمشاعر. وفى الحوار الذى سيأتى لاحقاً، سنورد مثالاً على الطريقة التى يتم بها تقديم عملية العلاج المعرفى السلوكى المختصر للعميل. لكننا لن نقدم كل المقابلة فى عدد من البنود التى تم تغطيتها فى الجزء السابق. والنص التالى أخذ من جلسة علاجية أولى. وسيتم قطع الحوار بتعليقات توضيحية للبنود السابقة. وبالفعل تم القبول المبدئى بين المعالج والعميل:

١- ضع جدول أعمال الجلسة.
٢- افحص مزاج العميل.
٣- راجع المشكلات الراهنة التى ظهرت عند مقابلة التقييم للعلاج المختصر وحدد المشكلات واتفق على أهداف العميل.
٤- اشرح النموذج المعرفى.
٥- راجع توقعات العميل عن العلاج.
٦- قدم التعليم النفسى حول اضطراب العميل.
٧- الاتفاق على المهام بين الجلسات.
٨- فحص الجلسة.
٩- الحصول على عائد من الجلسة.

شكل (١١) بناء الجلسة العلاجية الأولى

المعالج: سوف نبدأ هذه الجلسة بوضع جدول أعمال لك، حيث تستطيع أن تقرر ما الذى سنتحدث عنه اليوم. ومن المفيد أن نقوم بعمل ذلك فى بداية كل جلسة لاحقة فيما بعد، ونقوم بعمل ذلك، لكى نغطى أكثر الموضوعات أهمية. ولدى بعض البنود التى اقترح أن توضع فى الجدول، وهناك فرصة لك لتضيف أى شئ تريده. كيف ترى ذلك؟

العميل: ذلك جيد.

المعالج: وسوف نحتاج لأن يعرف كل منا الآخر بشكل أفضل، وفي هذه الجلسة الأولى لدينا كثير من النقاط لكي نغطيها. وذلك سوف يجعل هذه الجلسة مختلفة قليلاً عن الجلسات التالية، وأود أن أفحص كيف يكون مزاجك، وكذلك ما أتى بك لتلقي العلاج المعرفي السلوكي المختصر؟، ومن المهم بالنسبة لي أن أعرف طبيعة بعض مشكلاتك، وصعوباتك، وماذا تأمل تحقيقه؟، وما هي توقعاتك عن العلاج؟ فهل هذا واضح؟

العميل: نعم، واضح.

في هذه الجمل القليلة المختصرة، قدم المعالج مفهوم العلاج، وتم الاتفاق على جدول أعمال الجلسة، واقترح بالفعل بعض البنود المبدئية، واستمر في تنمية جدول الأعمال مع العميل. وفي الجلسات التالية سيقوم المعالج بتشجيع العميل على أن يتحمل مسئولية أكبر في وضع جدول الأعمال كلما أمكن ذلك. ومن الشائع بالنسبة للمعالج الخبير أن يستطرد أو ينحرف عن الجدول لو أشار مسار الجلسة إلى مثلاً: التأخر في العلاج، أو في بنود الجدول، أو أصبح واضحاً للمعالج أن العميل لم يفهم بعض النقاط المهمة التي تتطلب مواجهتها من خلال الواجبات المنزلية بين الجلسات (البند الثاني من جدول الأعمال). وهنا يتفق المعالج والعميل على تخصيص وقت كافٍ للبند في جدول الأعمال الحالي.

المعالج: سأدون ذلك في أجندة اليوم ليستخدم المعالج سبورة بيضاء، ويترك فراغات لأي بنود إضافية! وأود أن أوضح كيف سيسير العلاج، وأريد أن أعرف منك ماذا تعرف عن العلاج المعرفي السلوكي المختصر، وسنناقش ما سنفعله بين الجلسات، وعندما نصل إلى نهاية الجلسة سوف ألخص النقاط الرئيسية التي تناولناها اليوم وسأطلب منك عائداً

عن اعتقادك حول الجلسة.. هل تريد إضافة أى شئ آخر إلى بنود جدول الأعمال فى هذه النقطة؟

العميل: لا أعتقد ذلك.

المعالج: الآن وقد اتفقنا على بنود جدول أعمال اليوم، أريد فقط أن أفحص مزاجك خلال هذا الأسبوع كيف كان قبل أن ننظر لمشكلاتك بشكل أعمق؟ هل يمكن أن أطلع على الاستخبار الذى ملأته؟ (العميل يمد يده بالنموذج والمعالج يطالعه) يبدو أن هناك تغيراً طرأ على مزاجك منذ جلسة التقييم، هل يمكن أن تخبرنى كيف تشعر؟

العميل: أنا مسرور، لأنى اخترت أن أفعل شيئاً ما بخصوص مشكلاتى، لكنى أشعر بالسوء بشكل عام، خاصة فى العمل، لازلت أشعر أنى مكتئباً، ومتعباً كل الوقت، وكسولاً.

المعالج: يهمم.. هل يكون من المفيد أن نضيف بعض المعلومات لجدول الجلسة، عن كيف يؤثر الاكتئاب بشكل عام على الأفراد بطرق أخرى، إضافة للمزاج.

العميل: نعم. نعم.. سيكون ذلك جيداً.

يُعد وضع جدول الجلسة مفهوماً مهماً لأى معالج متدرب لكى يتعلم، والفشل فى عمل ذلك ربما يمنع كل من المعالج والعميل من التركيز على الموضوعات المهمة. وطبيعة الجدول هى أن تكون سريعة، وموجهة نحو هدف، لكى تسمح بالمشاركة النشطة الفعالة والمنظمة للعميل، وتوضيح المنطق يُمكن العميل من فهم عملية العلاج بسهولة، وسوف يتعلم كيف يرجع للجدول. وفى الجلسة الأولى فحص المعالج مزاج العميل سابقاً. وتُعد الاستخبارات مثل قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression (Beck, ١٩٧٨) inventory (BDI)، ومقياس هاميلتون لتقدير شدة الاكتئاب Hamilton Rating

Beck Inxiety وقائمة بيك للقلق (Hamilton, ١٩٦٠) Scale for Depression (HRSD) Hamilton ومقياس هاميلتون للقلق (Beck & Steer, ١٩٩٠) inventory (BAI) Beck Hoplessness ومقياس بيك لليأس (Hamilton, ١٩٥٩) Inxiety Scale (HAS) Scale (BHS) (Beck, et al., ١٩٧٤b) . والملاحظات الشخصية لكل من المعالج والعميل معاً، تمكنهما من التقييم الموضوعى لمدى تقدم العميل. ومن خلال الفحص الشامل لهذه الاستخبارات قد يلقى الضوء أيضاً على المشكلات التى لم يتم تقريرها لفظياً من قبل العميل، على سبيل المثال: الشعور بالذنب، وأفكار الانتحار، وصعوبات النوم، ونقص الرغبة الجنسية (Curwen, ١٩٩٧; McMahon, ١٩٩٧; Ruddell, ١٩٩٧) . ولو لم تكن هذه الاستخبارات الموضوعية متاحة، أو غير ملائمة للعميل، أو أنها ليست بحال جيدة أو أنك غير قادر على ملئها (يمكن أن يرجع ذلك إلى صعوبات القراءة والكتابة)، يكون لدى المعالج خيار تعليم العميل كيف يُقدر مزاجه على مقياس من صفر – ١٠٠، حيث (صفر) يشير إلى عدم وجود الاكتئاب (أو أى انفعال آخر)، (١٠٠) تشير إلى أقصى درجات المعاناة من الاكتئاب (انظر بند ٩ من أهداف المعالج).

ومهما يكن فإن سبب عدم كفاءة العميل فى إكمال النماذج، قد تم مناقشتها بشكل واسع، فقد تتضمن فكرة إكمالها حدثاً منشطاً، ومن ثم تصبح أداة مناسبة للفحص من خلال النموذج المعرفى. ويُعد من المهام الأساسية فى الجلسة المبدئية، تقييم العجز، واليأس، وفقدان الأمل، والأفكار الانتحارية، وتحديد مدى خطورة كل فكرة منها.

ويُنصح المعالج بأن يسأل عدداً كبيراً من الأسئلة، ويجمع مزيداً من المعلومات حول ما إذا تم التخطيط للانتحار أم لا، وكيف يحددها، وكيف ينميها، وذلك ربما يحمى الشخص، أو يمنعه من أن يقوم بعمل أى فعل من هذا القبيل. ولمزيد من المعلومات عن الانتحار (انظر: Curmen, ١٩٩٧، والفصل التاسع).

والنص التالى من الحوار يوضح كيف أن المعالج قد يراجع المشكلات المطروحة التى ظهرت خلال التقييم للملاج المختصر من المقابلة، وإجراءات تحديد الصعوبات الحالية.

المعالج: عندما قمنا بعمل جلسة التقييم، قلت أنك شعرت بالاكتئاب لمدة شهرين على الأقل، وتوقفت عن التفاعل مع أصدقائك، وأصبحت منعزلاً، هل ترى أنى لخصت ذلك جيداً؟

العميل: نعم، ذلك صحيح.

المعالج: هل هناك تغير جوهرى فى موقفك منذ ذلك الحين؟

العميل: حسناً، كما أشرت سابقاً، وجدت من الصعب مواجهة العمل، كما أنى كنت متعباً جداً، وكسولاً طوال الوقت.

المعالج: ما الذى تراه يمثل مشكلتك الرئيسية فى الوقت الحاضر؟

العميل: ذلك الشعور بالاكتئاب، والعمل يجعلنى مكروباً. وقد نشأ لدى كثير من الضغط، ولست واثقاً أنى ارتفعت لمستوى جديد. أشعر بالتعب الشديد، والكسل، حتى عند الاستيقاظ فى الصباح، يكون ذلك مجهوداً كبيراً، أنا لا أعرف ماذا يحدث لى؟

المعالج: يبدو كل ذلك صعباً جداً، ولو تمكنا من تقسيم وتفتيت ذلك إلى أجزاء يمكن التعامل معها فقد تشعر بقدر أقل من الانغماس فيها. وتبدو بعض التصورات عن مشكلتك فى هذه اللحظة: أولاً، أنك تشعر بالضغط فى موقعك الجديد، والثانى، أنك تشعر بالتعب والكسل، والثالث، التعامل مع شعورك بالاكتئاب.

والتعليم النفسى عن اضطراب العميل، وهو هنا الاكتئاب، تم وصفه بالفعل فى جدول الجلسة (بند ٦). ويباشر المعالج الربط، وتوضيح العلاقة بين المكونات السلوكية والفسيولوجية، والاكتئاب، ومشكلات العميل فى

العمل، والكسل، والتعب، مع أخرى تريك العميل. ويستمر المعالج والعميل فى الحوار السابق لتنمية أهداف العلاج تبعاً للتوصيات فى البند (١٢) من أهداف المعالج.

وفى المقطع التالى، يقدم المعالج النموذج المعرفى (بعد التأكد من أن العميل ليس لديه معرفة عن العلاج المعرفى السلوكى، إلى جانب ما تم جمعه فى المقابلة التقييمية للملاءمة للعلاج المعرفى السلوكى المختصر) وعادة ما يقدم النموذج للعميل باستخدام مواد من الماضى القريب للعميل. وقبل الاستمرار فى ذلك قد يرغب المعالج فى إنعاش ذاكرته عن النموذج كما هو مدون فى الفصل الثانى. وكما تم مناقشته، فى البنود ٤، ٥، ٦، ٧، ٩ من أهداف المعالج. ولا ينصب الاهتمام فى الجلسة الأولى على تقديم النموذج المعرفى بشكل كامل وحصرى، لكن يكون كافياً أن يعرف العميل تجريبياً أن الأفكار تؤثر فى المشاعر، وأن هذه الأفكار قابلة للتغيير.

المعالج: "جين"، أود أن أكتشف الطريقة التى تؤثر بها أفكارك على مشاعرك، هل يمكنك أن تتذكرى إحدى المرات خلال الأسبوع الماضى، لاحظتى فيها هبوط مزاجك؟

العميل: نعم. كنت فى العمل، ورجع أحد الرجال متأخراً من فترة الغداء. (حدث منشط).

المعالج: وما هو الانفعال الذى شعرت به؟

العميل: سقطت.. مكتئبة [مترتبات انفعالية].

المعالج: هل يمكنك تذكر ماذا دار فى عقلك وقتها؟

العميل: حسناً، كنت أفكر "يجب أن أقول له شيئاً ما عن كونه متأخراً، لكنى لم أقدر على ذلك". [معتقد]

المعالج: تلك بداية جيدة حقاً، إن تحديد الأفكار، وتقييمها هو عمل سنقوم به كثيراً فيما بعد والمهارة المطلوبة للتدريب عليه، مثل كل المهارات الأخرى، لذلك نستطيع الآن أن نعود إلى أفكارك ونفحصها. فأنت لديك فكرتين، "أنا يجب أن أقول له شئ"، "لم أقو على ذلك".

العميل: نعم، هذا صحيح.

المعالج: وهذه الأفكار، جعلتك تشعر بموجة من الاكتئاب.

العميل: نعم.

كتب المعالج هذه الأمثلة على السبورة أو ورقة بيضاء، تحت أ، ب، ج (كما تم وصف ذلك فى الفصل الثانى). واستمر فى سؤال العميل عن عدد من الأمثلة الإضافية، التى لاحظ فيها سوء مزاجه أو ساعده فى اختيار الأفكار المرتبطة بذلك.

المعالج: بهذه الأمثلة التى فى ذهنك، هل تستطيع أن تخبرنى عن الرابطة بين الأفكار والمشاعر؟

العميل: حسناً، ذلك يشبه، ماذا فكرت فيه، وأدى إلى أن أشعر على هذا النحو.

ومن المهم للعميل أن يصل إلى الخلاصة، وهى أن أفكاره تؤثر على مشاعره بدلاً من أن يخبره المعالج بذلك. والتركيز على أمثلة عديدة يساعد فى دعم فهمه، وذلك يُدَعَم إضافياً بالعلاج بالقراءة، وجمع عديد من الأمثلة الإضافية بواسطة العميل بين الجلسات. ويستمر المعالج فى البدء فى تحديد عملية تحدى العميل لأفكاره غير المساعدة (مثلاً: انظر بند ٩ من أهداف المعالج).

وعبر مسار العلاج، يقوم المعالج بعمل كبسولات تلخيصية، وسيكون ذلك فى أثناء المرحلة المبكرة من الجلسة العلاجية الأولى، بهدف الفهم،

والتواصل، ولفت الانتباه التام لما قاله العميل، ويساعد ذلك في تنمية وارتقاء العلاقة العلاجية. والملخصات كذلك تُعد ملائمة في إعطاء عائد للعميل أن مشكلاته تم أخذها بقيمتها الظاهرية، وأن لدى المعالج فهم كاف لمناطق مشكلاته الرئيسية.

ومع تقدم العلاج، من المفيد للمعالج أن يشجع العميل على تلخيص النقاط الأساسية التي تم مناقشتها في كل جلسة، ويتم دعم ذلك باستخدام العميل لمفكرة علاجية لتسجيل النقاط المهمة خلال الجلسة. وفي نهاية الجلسة الأولى من العلاج، يهدف كل من المعالج والعميل من خلال التلخيص إلى استخراج كل النقاط الرئيسية التي تم مناقشتها (كما هو في جدول أعمال الجلسة)، ويقوم المعالج بتقوية فهم العميل، وكذلك يراجع المهام التي وافق على أدائها كمهام منزلية بين الجلسات، وكلما أمكن، يستخدم المعالج كلمات وألفاظ العميل نفسه في صياغته للتلخيص، لكن من المهم أن يدون ذلك في نهاية التلخيص بأنه لم ينشط أي أفكار سلبية تؤدي إلى اضطراب العميل (Beck, ١٩٩٥) وفي النهاية يُطلب عائدٌ من العميل عن الجلسة، وهو البند الأخير من الجدول. وذلك يعطي فرصة للعميل لمناقشة أي سوء فهم، أو مناقشة أي تصورات خاطئة تتعلق بالعلاج (على سبيل المثال: انظر بند ١١ من أهداف المعالج).

وفي هذا المقطع الأخير، يلخص المعالج ما تم في الجلسة الأولى.

المعالج: "جين"، قمنا الآن بتغطية كل بنود جدول الأعمال، وأود الآن أن ألخص النقاط الأساسية التي ناقشناها اليوم. جيد.

العميل: نعم.

المعالج: حسناً، لقد بدأنا بوضع جدول الأعمال، حيث سنبدأ بذلك في كل جلساتنا التالية، وبعدها انتقلنا لفحص مزاجك، وتناولنا صعوباتك الراهنة، ولقد تمكنت من وضع بعض الأهداف الواقعية لك من خلال

العلاج، والتى سوف نعمل عليها فى الجلسات التالية. وقد ناقشنا استخدام النموذج المعرفى؛ لمساعدتك فى صعوباتك، وتناولنا أفكارك وكيف تشعرين، وقد لاحظت "كيف يؤثر تفكيرك فى الطريقة التى تشعرين بها"، وقد استكشفنا كذلك، عديداً من الطرق التى يمكن أن يؤثر بها الاكتئاب عليك، كما دونا فى جدول أعمال اليوم، فقد تضمن بعض النقاط التى ستعملين عليها وتحضرينها للعمل عليها خلال الجلسة التالية، فهل تعتقدين أن هذه المهام قابلة لأن تقومى بإنجازها؟

العميل: نعم، أعتقد ذلك.


الفصل الخامس
مرحلة
العلاج الوسطى

الفصل الخامس

مرحلة العلاج الوسطى Middle Stage of Therapy

إن محور اهتمام العلاج يتغير عبر مساره، وقد ذكرنا فى سياق الفصل الثانى، أن الخصائص المتعددة الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى متداخلة مع بعضها بعضا، وفى الفصل الرابع ذكرنا أن أهداف المعالج مترتبة على بعضها بعضا بشكل جوهرى. وبالطريقة نفسها يوجد تداخل إلى حد كبير بين المرحلة الوسطى العلاجية، ومرحلة نهاية العلاج لكن على المعالج أن يسلم ويكون واعياً (فى الوقت نفسه) بتغير بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت وذلك يؤكد أن العلاج مهماً كان مختصراً فهو عملية ارتقائية، وكعملية ارتقائية فإن مساره وسرعته تتحددان جزئياً بمشكلات العميل، ونقاط القوة لديه، وأيضاً على خبرة وحرفية المعالج. وعلى الرغم من أن بؤرة تركيز العلاج تتغير عبر مساره، فإنه يستمر متناغماً عن طريق الصياغة المعرفية التى تمت مناقشتها فى الفصل الثالث.

والصياغة المعرفية تبقى مركزية على مدى مسار العملية العلاجية لكن هى نفسها يمكن أن تبنى على، أنها أداة نفسية تدعم أو تدحض فروضاً أولية مؤقتة.

وكما تم الإشارة فى الفصل الرابع، يعتنق المعالج المعرفى السلوكى الصياغة المعرفية والأهداف العلاجية بشكل ترادفى، وهى إلى حد كبير تحدد مسار العلاج بشكل متناغم مع الخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى التى ذُكرت فى الفصل الثانى.

عرضنا فى الفصل السابق أهداف المعالج فى المرحلة العلاجية الأولى "مرحلة بداية العلاج" بشئ من التفصيل، ونعرضها فى شكل (١٢) كملخص يصنف فى تحت ثلاث فئات رئيسية هى:

١- العلاقة العلاجية التعاونية.
٢- العملية المعرفية.
٣- مساعدة العميل على العمل على مشكلته (مشكلاته) داخل العلاج وخارجه.

١ - العلاقة العلاجية التعاونية:
أ) الاستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.
ب) استمر في تقديم العائد الإيجابي والتشجيع.

٢ - نموذج العملية المعرفية:
أ) تغيير تركيز العلاج من العمل على الأفكار الآلية إلى المعتقدات الوسيطة والمحورية (إذا كان ضرورياً).
ب) علم العميل ما يتعلق بالقبول الذاتي (إذا كان ضرورياً).

٣- ساعد العميل على مواجهة مشكلته (مشكلاته) داخل العلاج وخارجه:
أ) ألق مسئولية العمل العلاجي على عاتق العميل.
ب) شجع العميل على أن يكون معالجاً لذاته.
ج) شجع العميل على أن يستمر في العمل على المهام المنزلية بين الجلسات.
د) جهز العميل للتوقف وإنهاء العلاج. تقليل الارتداد أو الانتكاس.

شكل رقم (١٢): أهداف المعالج.

وكما ذُكر في الفصل الرابع، فهذه المناطق الثلاث هي التي تشكل بناء العلاج، وأيضاً محتوى الأهداف. وستجد في سياق هذا الفصل، والفصل التالي، أن هذا البناء فيما يخص النقاط من ١- ٣ السابقة ستبقى كما هي، في حين أن المحتوى (الأهداف) سوف يتغير "ليعكس نمو العملية العلاجية وارتقائها". وسوف تقدم هذه الأهداف باختصار في هذا الإطار.

لكن من المهم معرفة أن بعض الأهداف الموجودة المقدمة قد تظل فى حاجة إلى مزيد من الانتباه والمراجعة؛ فمثلاً: قد تتقدم العملية العلاجية بشكل مرضى لكن أثناء العائد فى إحدى الجلسات فى مرحلة العلاج الوسطى، قد يشك العميل فى فائدة العلاج، وهنا سوف يرجع المعالج وقتياً إلى هدف مبكر ويواصل كما تم توضيحه فى سياق الفصل الرابع. وسوف يضطلع الباقى من هذا الفصل بالتركيز على البنود الفردية المقدمة فى شكل (٤). وسوف نناقش بشكل منظم كل من هذه البنود بالرغم من أنها ليست متسلسلة فى سياق الممارسة العلاجية، لكنها متصاحبة فمثلاً ربما تقوم فى فترة معينة من العلاج يتعلم العميل معنى القبول الذاتى (٢ب)، وتعد العميل للتوقف (٢د) بينما تعطى عائداً إيجابياً للعميل وتشجعه (١ب)، وتستمر فى الإبقاء على العلاقة العلاجية التعاونية (١ أ).

[١] العلاقة العلاجية التعاونية Callborative theraputic relationship:

أ) استمر فى المحافظة على استمرار العلاقة العلاجية التعاونية:

ناقشنا أهمية العلاقة العلاجية التعاونية (وتعرف أيضاً بأنها التحالف العلاجى therapatic alleiance) فى الفصول السابقة ولن نناقشها ثانية هنا. وأهميتها لا تتضاءل مثلها مثل نمو العلاج، وارتقائها مركزياً ودالاً للتغلب على الصعوبات التى بالتأكيد سوف تظهر عبر مسار العلاج.

ب) إعط عائداً إيجابياً وتشجيعياً:

إن مصطلح العائد له أصول من نظم نظرية، وفى سياق العلاج المعرفى السلوكى (وأنواع أخرى من العلاجات) هو عملية إعطاء المعلومات للعميل لتعريفه بأنه على الطريق الصحيح. ويتم عمل ذلك بشكل منتظم من خلال عدة طرائق. ومن المهم الإشارة إلى أن العائد يقدم للعميل حتى على أصغر حركة يؤديها تجاه الأهداف العلاجية. وذلك ينقل للعميل أنه يتقدم فى العلاج

ويساعده على الاستمرار فى العلاج من ناحية، وينمى تفاؤل العميل من ناحية أخرى، وعندما يبدأ الارتداد أو يظهر الانتكاس فمن الأفضل النظر من خلال سياق أشمل لعملية التقدم العام، والتأكيد على المكاسب التى تم إحرازها سابقاً. والمقطع التالى يعطينا مثالاً عن عملية إعطاء العائد:

المعالج: إلى أين وصلت فيما يتعلق بنموذج الأفكار الذى أخذته للواجب المنزلى؟

العميل: حسناً، لقد وجدت من السهل كفاية أن أدون ما حدث، كيف شعرت، والأفكار التى جالت بخاطرى، لكن كان لدى بعض المشكلات التى كان من الصعب أن أجد لها بدائل.

المعالج: مجرد تحديد هذه الخطوات الثلاث يعتبر بداية جيدة حقاً، حيث أن كثيراً من الناس لا يتوصلون إليها بسهولة.

[٢] نموذج العملية المعرفية:

١) حوّل تركيز العلاج من الأفكار الآلية إلى المعتقدات المحورية والمعتقدات الوسيطة (إذا كان ضرورياً).

يهدف العلاج المعرفى السلوكى المختصر إلى إحداث أقل قدر مطلوب من التغيير حتى يتمكن العميل من الاستمرار فى حياته الراهنة بشكل أكثر كفاءة، وفى الممارسة، مما يعنى ضرورة مساعدة العميل فى العودة إلى نقطة يمكن عندها أن يستمر فى إحراز الأهداف قصيرة وطويلة المدى، تتمشى وقدرته على التعامل مع المشكلات والصعوبات المباشرة التى دفعته لطلب العلاج. أما إذا كان اضطرابه يتطلب مدى طويلاً وعميقاً من العمل العلاجى مثل اضطرابات الشخصية personality dirorders (المحور الثانى من DSM-IV) فهنا لن يتم اختيار العلاج المختصر. (Freeman & Jackran, ١٩٩٨)

وبالنسبة لبعض العملاء، فقد يكون علاج الأفكار الآلية السلبية هو كل المطلوب لإحداث التحسن الوظيفي، وتخفيض الكرب الانفعالى لديهم حتى يصبحون على قناعة تامة بأنهم قد أحرزوا كثيراً من أهدافهم. وسيستمر عدد من الأفراد حتى يخبروا كثيراً من الأفكار الآلية السلبية التي تأتي نتيجة معتقداتهم المضمرة (المحورية أو الوسيطة). وبالنسبة لهذه المجموعة فإن العمل العلاجي على هذا المستوى الأعمق يكون ضرورياً. وبغض النظر عما إذا كنت أنت أو عميل آخر قد تقدم أحدكما للعلاج من معتقداته الخاطئة، فإن العلاج المعرفي السلوكي المختصر عادة ما يبدأ بتحديد الأفكار الآلية وتعديلها.

وتُعد الأفكار الآلية أكثر سهولة في الوصول إليها، وسهلة التعديل عما هو الحال بالنسبة للمعتقدات (التي تولد الأفكار، والصور التي تشكل محتوى الأفكار الآلية)، وذلك يتسق مع نظرية المخططات التي تم مناقشتها في سياق الفصل الثاني. والعمل على تحديد الأفكار الآلية وتعديلها يكون دائماً مهماً قبل العمل بكفاءة علاجية على المعتقدات، وأياً كان الأمر ففي العلاج المتمركز حول المخططات، فإن المعتقدات المحورية يتم تناولها في مرحلة علاجية مبكرة، والجزء الأكبر من هذا الفصل سوف يلخص عمليات التعامل مع المعتقدات ويوضحها، ويلقي الضوء على عدد من الأساليب المطلوبة لإنجاز هذه العملية. وقبل البدء في ذلك فمن المهم أن يكون المعالج واعياً بالفروق بين الأفكار الآلية، والمعتقدات الوسيطة، والمعتقدات المحورية.

وبإيجاز فإن الأفكار الآلية تمثل تيار الأفكار، والصور الذهنية، اللتين تصاحبان الفرد بشكل ثابت وهو يتقدم عبر حياته اليومية العادية. أما الأفكار الآلية السلبية فهي تلك الأفكار والصور التي تستثير الانفعالات السلبية وغير الملائمة، مثل القلق، والاكتئاب، وتكون هذه الأفكار بشكل عام في البداية مقبولة من العميل على أنها أفكار واقعية وصادقة، لكن لا توجد أدلة موضوعية تؤيدها. وقد تم مناقشة الأفكار الآلية في سياق الحديث

عن أخطاء التفكير الشائعة، أو التشويهات المعرفية لأنها تشملها، من قبيل، التعميم الزائد، وإغفال الإيجابيات، أو قراءة العقول، ومن المهم أن نذكر أن الأفكار الآلية السلبية تظهر فى سياق الخبرات العادية، ولا يكون لها أى نشاط شاذ وغير طبيعى. ويفترض النموذج المعرفى أننا قمنا بتشويه المعلومات الواردة إلينا حتى نكوّن أطراً نظرية عملية تصورية لكى نفهم العالم، وخبراتنا الذاتية، علماً بأن البحوث العلاجية ترى أن هذه الأُطر التصورية تُعد جزءاً من الخبرة العادية. (Hollon & Kris, ١٩٨٤; Nirfet & Rass, ١٩٨٠) . وعندما يعانى العميل من الكرب النفسى، يزداد لديه معدل الأفكار الآلية السلبية. وهذا أمر مفهوم ومتوقع سلفاً لأن المعتقدات تستثير مزيداً من الأفكار الآلية، وهذه المعتقدات نوعان هما: المعتقدات المحورية، والمعتقدات الوسيطة. والمعتقدات المحورية هى الأساس التى تبنى عليه المعتقدات الأخرى، وهى تمكننا من وصف أنفسنا، ووصف الآخرين، والعالم بمصطلحات شديدة العمومية، لذلك فهى شديدة العمومية، وجامدة "غير مرنة" inflexible وإلزامية imperative ومقاومة للتغيير (Belk, et al., ١٩٩٠) وهى جزء طبيعى من عملية معالجة المعلومات فى حياتنا اليومية. ويمكن أن تكون إيجابية أيضاً "أنا ذو شأن"، "الآخرون جديرون بالثقة" أو "العالم آمن" أو تكون سلبية مثل "أنا غير محبوب"، "الآخرون عدوانيون" أو "العالم غير آمن وخطر".

والنوع الآخر من المعتقدات المضمرة تسمى بالمعتقدات الوسيطة ذلك لأنها تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية، ومثلها مثل المعتقدات المحورية فإنها غالباً تكون غير متسقة أو غير مرتبطة، ويمكن أن تنقسم إلى ثلاثة أنواع، الاتجاهات، والقواعد، والفروض. والاتجاهات طبيعتها تقييمية (من المفزع أن تكون غير محبوب) أما القواعد فهى عبارة عن متطلبات (يجب أن أكون محبوباً) فى حين تكون الفروض شرطية (لو كنت غير محبوب فأنا غير جدير بالثقة).

المعتقدات المحورية

↓

المعتقدات الوسيطة

اتجاهات	قواعد	فروض
↓	↓	↓
أفكار آلية	أفكار آلية	أفكار آلية

شكل (١٣): بناء المعتقدات: تمثيل المخطط.

وسوف يقسم الباقي من هذا الفصل إلى قسمين هما: (أ) و (ب). سيعرض القسم (أ) لثمانية أنواع من التدخل هدفها اكتشاف المعتقدات الأساسية والوسيطة وتحديدها، أما القسم (ب) فسيصف عدداً من الأساليب لتعديل هذه المعتقدات عند ظهورها.

[أ] تحديد المعتقدات [المحورية - والوسيطة] المضمرة:

كما وضحنا سابقاً، فإن هناك نوعين من المعتقدات التي تقف خلف الأفكار الآلية، وهما المعتقدات المحورية والمعتقدات الوسيطة، وبشكل عام فإن الأفكار الآلية عادة ما تكون أكثر سهولة في التناول من نوعي المعتقدات كما أن المعتقدات الوسيطة تكون أكثر سهولة في التناول من المعتقدات المحورية. ويمكن فهم ذلك من خلال بناء المخططات كما تم تقديمه في الفصل الثاني حيث إن الأفكار الآلية تكون أقرب لبؤرة الوعي والشعور، في حين تكون المعتقدات المحورية أكثر عمقاً. والجزء التالي يحدد ثمانية مناهج (طرق) يستخدمها المعالجون بشكل شائع لمساعدة العميل على تحديد معتقداته السلبية.

١ — المعتقدات الخاطئة التي تستثير الأفكار الآلية:

ذكرنا سابقاً أن المعتقدات الخاطئة أكثر عمقاً بالنسبة للوعي مقارنةً بالأفكار الآلية، وذلك يحدث بشكل عام، لكن توجد بعض الاستثناءات عندما يعبر المريض عن معتقداته الخاطئة في صورة أفكار آلية. وذلك قد يرجع إلى الصدفة، وليس نتاجاً لإتباع منهج معين، مما يتطلب معرفة المعالج بالمعتقد الخاطئ عندما يرد في شكل فكرة آلية، تظهر بشكل لا إرادي، الأمر الذي يجعله يعمل في مستوى أكثر عمقاً. على أية حال، يجب أن يكون المعالج حذراً، لأن العميل الذي يعبر عن أي معتقد قد لا يكون معداً للعمل معه إذا ما تم العمل بشكل غير كفء عند تحديد الأفكار الآلية وتعديلها. ولو كان الحال كذلك، فعلى المعالج أن يحتفظ بالمعتقدات السلبية لعلاجها فيما بعد وعندما يكون العميل قد ازداد خبرة في التعامل معها على مستوى أكثر عمقاً. وعندما يعبر العميل عن المعتقدات الخاطئة على أنها أفكار آلية في مرحلة علاجية مبكرة، فلا يكون واعياً دائماً بأي اختلاف بينهما، إلى جانب أنه لم يحرز تقدماً بالفعل في هذه المرحلة من العلاج المعرفي.

٢ — أسلوب السهم النازل The dounward arrow technique:

يعتبر من الأساليب الشائعة، وابتكره بيرنز (١٩٨٠) Burns، ويعرف أيضاً بأنه أسلوب السهم الرأسي vertical arrow technique (Burns, ١٩٨٩)، ويقوم المعالج بتحديد فكرة آلية، وبدلاً من أن يحاول تعديلها بإحدى الطرائق التي تم ذكرها في الفصل السابق؛ يحتفظ المعالج بالفكرة مؤقتاً ويسأل العميل "افترض أن هذا صحيح فماذا كان سيعني هذا لك؟" ويستمر هذا النمط من التساؤلات حتى يتم الوصول إلى أحد المعتقدات. ويمكن استخدام أسئلة أخرى مشابهة مثل "ماذا سوف يقول عنك؟"، " ماذا سيحدث عندئذ؟ " ولو كان كذلك، فما الخطأ في ذلك؟، (Fennell, ١٩٨٩) . والاحتمال الأكثر ترجيحاً أن يتم الوصول إلى أحد المعتقدات الوسيطة واختبارها بسؤال عن ماذا تعني الفكرة

للعميل، ويتم الوصول للمعتقد المحورى بسؤال عن ماذا تعنى الفكرة عن العميل (Beck, ١٩٩٥).

ذكرنا فى الفصل السابق، أن بعض الأفكار الآلية قد تكون وثيقة الصلة بالمشكلات والصعوبات الانفعالية للعميل أكثر من غيرها. وباختصار، يُعد هذا الأسلوب من أكثر الأساليب ملاءمة لعلاج الأفكار الآلية التى تبدو أكثر قوة فى ارتباطها بمشكلات العميل (ومتسقة مع الصياغة المعرفية). ويسأل باديسكى (١٩٩٤) Padesky العميل عن أفكاره الخاصة عن: نفسه، وعن الآخرون، والعالم، لأن انفعالات الفرد وسلوكياته ودافعيته تتأثر بالتفاعل بين هذه الأنماط الثلاثة من المعتقدات. ومن المهم عند استخدامنا لهذا الأسلوب، أن يتم التعرف على المعتقد حين ظهوره أو عندما يتم التعبير عنه، وفى بعض الأحيان يكون ذلك واضحاً تماماً مثل "أنا عديم القيمة"، "أنا فاشل"، "أنا عاجز"، ولكن ذلك لا يحدث بشكل دائم. وعندما يعبر الشخص عن أحد معتقدات المحورية بلغته الخاصة قد يكون غير واضح. مثل: "أنا رجل فارغ"، "أنا أحمق"، ومن المؤشرات على أن أحد المعتقدات السلبية قد تم التوصل إليه: تغير المزاج الملحوظ عند التعبير فى جملة ما مثل البكاء وانهمار الدموع، أو تغير فى تعبيرات الوجه، أو لغة الجسم، أو إعادة المعتقد نفسه وتكراره بصيغة أخرى، أو حتى كما هو. وأسلوب السهم النازل لاختبار المعتقدات الخاطئة يتضح من خلال المقطع التالى عند مقابلة "على":

أ) الموقف: المشاجرة مع "هبة".

ب) الفكرة الآلية: إلى متى سأكمل هذه العلاقة؟.

ج) الانفعال: الاكتئاب، والغضب.

المعالج: افترض أنه ليس هناك نهاية لتحمل هذه العلاقة فماذا سيعنى ذلك لك؟

على: سوف أبدأ فى غض النظر عن أى علاقة أخرى.

المعالج: افترض أن هذا حدث؟ فماذا سيعنى لك؟.

على: أنا لا أقوم بعمل أى شئ بشكل صحيح؟ .

المعالج: افترض أنك لم تقم بعمل أى شئ صحيح؟ فماذا يعنى ذلك لك؟ .

على: أنا لست كفئاً كفاية.

المعالج: ماذا تعنى "أنك غير كفء كفاية"؟ .

على: لا أحد سوف يريدنى... أنا غير محبوب.

٣ – اقترح مخططاً يربط بين مختلف الأفكار الآلية:

حدد بك وزملاؤه (Beck, et al., ١٩٧٩) عملية عامة لتحديد المعتقدات السلبية تمر بثلاث مراحل:

- يحدد العميل الأفكار الآلية ويكتبها.
- يتم استنباط المخططات العامة من هذه الأفكار.
- يتم صياغة قواعد أساسية أو الفروض التى يتبناها العميل عن حياته.

المعالج: على، من المهم فى عملنا أن نبحث عن المخططات العامة التى تربط بين عدد من المشكلات المختلفة الخاصة بك. أنا أستمع جيداً للأفكار التى طرحتها وقد وقفت على المخطط الأساسى الذى يربط بين عدد من أفكارك الآلية وهو محتملة مثل "أنا أحب أن أكون محبوباً من الجميع". هل تبدو الصياغة لهذا المخطط مقنعة لك؟

٤ – اسأل العميل عن مخطط عام يربط أحداثاً متباينة ومتعددة:

قد ذكرنا سابقاً أن العمل العلاجى لا يبدأ دائماً بالتركيز على المعتقدات السلبية حتى يصبح لدى العميل مهارة التعرف على الأفكار الآلية وتعديلها. ولو أخذنا فى الاعتبار الأفكار الآلية التى ظهرت عبر مدى من المواقف، فيمكن في بعض الأحيان أن يُحث على البوح بالمعتقد المضمر الذى يبدو أنه متسق مع عدد منها.

المعالج: توم، قد بذلت حقاً جهداً وعملاً جيداً هنا، وفى واجباتك فى اكتشاف أفكارك الآلية السلبية وتحديها باستخدام عديد من الطرائق فى مواقف مختلفة، هل تجد أي مخطط عام يربط بينها جميعا؟.

العميل: حسناً، أعتقد أنى أريد أن أكون محبوباً.

ويمكن للمعالج أن يستخدم مختلف الطرق جميعها أو بشكل منفرد، فمثلاً، يمكن أن يستخدم الجمل غير التامة (تكميل الجمل) لكى يكون أكثر تركيزاً على نقطة ما.

المعالج: لنبق مع هذه الفكرة، كيف ستكمل الجملة الآتية... أنا .....

العميل: أنا... غير محبوب.

إن سؤال العميل عن مخطط يربط بين عدد من الأفكار الآلية عبر مختلف المواقف مختلفة، لن يكون هو الأسلوب العلاجى الملائم خاصة مع العملاء الذين تعاملوا بقدر قليل مع الأفكار الآلية، والذين لديهم قدر قليل من الاستبصار، وعندما يحدث ذلك الموقف، فقد يفضل استخدام طرائق أخرى.

٥ – اسأل العميل مباشرة عن المعتقد:

إن استنباط المعتقدات المثيرة للأفكار الآلية وتحديدها، يعرض أكثر أساليب التدخل ملاءمة بل وأكثرها مباشرة لعدد محدود من العملاء فقط. ويتم تطبيق المحاذير التى تم تدوينها والإشارة إليها فى البند (١) أيضاً، على أية حال، إن بعض الناس يستطيعون أن يحددوا معتقداً مضمراً بسهولة إذا ما طلب ذلك منهم، ولو أن عدداً من الأسئلة الأخرى تم عن طريقها تحديد قضايا أخرى، فيفضل استخدام أى طريقة أخرى من الطرائق المذكورة فى هذا الجزء وذكرنا أن العمل فى هذا المستوى يبدأ بتحديد الأفكار الآلية وتعديلها، ولذلك فإن المعالج سوف يستخدم هذا التدخل فقط عندما يكون

متأكداً من أن العميل مستعداً (بناءً على العمل العلاجى السابق)، وقادراً على فهم المشكلات وصياغتها، على العمل بهذه الطريقة.

المعالج: ما هو اعتقادك عن غضك النظر عن إقامة أى علاقة أخرى يا توم؟

العميل: لقد رفضت عديداً منها، لأننى غير محبوب.

٦ – تكملة الجملة:

وهو أسلوب مباشر نسبياً، حيث يُطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ عادة بكلمة واحدة. وقد قدم باديسكى (١٩٩٤) Padesky الأمثلة التالية: "أنا ...... "، "الناس... "، "العالم ...... " وقد أكمل توم هذه الجمل بالشكل التالى: "أنا غير محبوب"، و"الناس ناقدون"، و"العالم عدوانى".

٧ – تقديم الجمل الأولى من الفروض (الافتراضات):

عرضت المعتقدات فى سياق الفصل الثانى على أنها مكونة من الاتجاهات، والقواعد، والفروض. ويمكن أن ينظر إلى الفروض على أنها تشمل جملتين إحداهما فعل الشرط والأخرى جواب الشرط كالآتى: (إذا .... إذن ....) فعلى سبيل المثال: إذا كنت أنا لطيفاً إذن سوف يحبنى الناس. وقد استخدم بيك (١٩٩٥)، أحد أشكال إكمال الجمل بأن يعطى الجملة الأولى أو فعل الشرط لأحد الفروض ويطلب من العميل أن يذكر جواب الشرط أو الجملة الثانية لهذا الفرض.

٨ – استخبارات المعتقدات:

ذكرنا فى سياق الفصل الثانى، أن عدداً من المقاييس العيادية مثل أدوات التقدير السريعة (أو الاستخبارات) متاحة للاستخدام فى سياق العلاج المعرفى السلوكى. وعدد من استخبارات المعتقدات متاحة للعميل لكى يكملها والتى تعتبر معاونة للعميل على تحديد واكتشاف اتجاهاته المختلة.

وكمثال على استخبارات المعتقدات: استخبار اختلال المعتقدات (Dysfunctional Attitude Scale DAS) (Weissman & Beck, ١٩٧٨; Weissman, ١٩٧٩, ١٩٨٠)، وقائمة الكشف عن المخططات schema checklist (Beck, et al., ١٩٩٠)، واستخبار الكشف عن المخططات schema questionaire (Young, ١٩٩٢).

التثقيف النفسي عن المعتقدات المثيرة للأفكار الآلية:

Psychoeducation about underlying beliefs

بعد أن يُحدد المعالج واحداً أو أكثر من المعتقدات المثيرة للأفكار الآلية، يصبح من المهم إعطاء العميل قدراً من التعليم النفسي حتى يصبح لديه إطار عمل جيد من خلال فهمه لدور كل معتقد، ويتم عرض المبادئ بشكل بسيط، ولا يتم الاعتماد على صفات الفرد العقلية أو خصاله الشخصية، وكما تم الإشارة في موضع سابق فإن هذا العمل سوف يتم ترشيده عن طريق إعادة الصياغة المعرفية، أو البناء المعرفي، ووضع الأهداف العلاجية، والاستناد إلى الخصائص الجوهرية الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

المعالج: علي، وصلنا الآن إلى مرحلة علاجية سوف تبدأ فيها بتحديد معتقداتك المثيرة لأفكارك الآلية، ولو تذكر فقد تحدثنا عن هذه المعتقدات بشكل سريع في مرحلة مبكرة من العلاج، فهذا المعتقد "أنا غير محبوب" هو ما نسميه المعتقد الخاطئ، فهل لديك أي فكرة من أين يأتي هذا المعتقد؟

علي: يبدو أنه نشأ منذ طفولتي، أشعر بأني كنت غير محبوب كطفل.

المعالج: لذلك فلو أن والديك كانا قد أظهرا حبهم لك، فهل كنت ستشعر بشئ مختلف الآن؟ .

علي: نعم، بالتأكيد سيختلف شعوري.

المعالج: يبدو أن هذه المعتقدات الخاصة بك "أنك غير محبوب" قد تعلمتها منذ الصغر، أليس كذلك؟

على: نعم.. نعم أستطيع أن أدرك ذلك.

المعالج: إذن فقد تعلمت المعتقد "أنا غير محبوب". وقد تعود الناس على أن يفكروا فى العالم على أنه مسطح، لكن لدينا الآن معتقداً أكثر عقلانية وواقعية وهو أن العالم مستدير. وذلك مبنى على أدلة علمية. وأنت أيضاً يمكنك أن تتعلم معتقدات أكثر عقلانية، وسوف نركز فى عملنا معاً على بعض المناهج والطرائق التى تساعدك فى تعلم المعتقدات والأفكار العقلانية.

على: هذا جيد، لكن يبدو صعباً جداً.

المعالج: فى الوقت الذى تكون فيه غير مكتئب، فإن هذا المعتقد "أنا غير محبوب" من المحتمل أن لا يؤثر فيك كثيراً، ويكون غير قوياً كفاية، وأياً كان، فإنه عندما يتم تنشيط هذا المعتقد عن طريق بعض أحداث الحياة، مثل الرفض، تصبح مكتئباً.

على: أعتقد ذلك.

المعالج: بالإضافة إلى أنك عندما تصبح مكتئباً فأى دليل يتعارض مع هذا المعتقد وينقضه يتم التغاضى عنه ولا يوخذ فى الاعتبار، والدليل الذى يدعم هذا المعتقد يتم تضخيمه وتسمح بتثبيته داخلك حيث يثبت لك كيف تكون غير محبوب. بمعنى آخر إنك تسمح بمرور الأدلة السلبية وترشح وتستبعد الأدلة المتعارضة مع هذا المعتقد: هل يبدو ذلك واضحاً ومتماشياً مع ما تفعله؟

على: نعم يبدو أنه كذلك.

أوضح المعالج فى المقطع السابق للعميل، أن المعتقدات السلبية متعلمة، ويمكن أن تنشأ من خبرات فى الطفولة أو فى الحياة المبكرة للفرد لكن ليس شرطاً أن تكون صحيحة فهى تستمر وتبقى من خلال عملية معالجة خاطئة للمعلومات؛ ولكونها متعلمة يمكن اختبارها وإيجاد أنها مبنية على أدلة غير ذات قيمة وغير جيدة؛ وهنا يمكن إيجاد معتقدات جديدة.

[ب] تعديل المعتقدات الخاطئة [الوسيطة والمحورية]:

قبل التحدث عن التدخلات الفردية التى تستخدم لتعديل المعتقدات الخاطئة، يجب التذكير بمجموعة من الأطر الإرشادية في هذا الصدد، أولها أن الأفكار الآلية بشكل عام أكثر قابلية للتغير، بينما المعتقدات الوسيطة تُعد أكثر مقاومة للتغير نسبياً. وثانيها أن العمل العلاجي قد تم تطويره لتعديل المعتقدات الوسيطة من عمليات بدأت بالأفكار الآلية وعديد من المكونات الأخرى القابلة للتعامل معها.

أولاً: تعتبر عملية تشجيع العميل على اكتشاف بدائل أكثر واقعية وعقلانية تحل محل الأفكار الآلية السلبية عاملاً مهماً؛ حيث يوضح أن الأفكار الآلية إنما هى متعلمة، وبالتالى يمكن تعديلها أو عدم تعلمها أو تعلم أفكار أخرى أكثر توافقاً لتحل محلها؛ وهذا التصور يمكن تطبيقه على المعتقدات الخاطئة المثيرة لهذه الأفكار الآلية. ومن المهم أن نوضح للعميل أولوية عملية تعديل المعتقدات الأكثر عمقاً.

ثانياً: ذكرنا أنه من المفضل أن نلخص ونعطى عائداً للعميل، ويستخدم كلماته الخاصة فى التعبير عن أفكاره الآلية وذلك مساوٍ فى أهميته عند العمل مع المعتقدات الخاطئة وذلك فيما يتعلق بخصوصية المعانى التى تكشف عنها الكلمات والجمل الخاصة لفرد ما. ولو قام المعالج بإعادة صياغة معتقد خاص بالعميل، فقد يعنى ذلك للعميل أنه قد يكون بديلاً، أو فى بعض الأحيان يتم فقده تماماً، وكلما زادت الفروق

الثقافية بين المعالج والعميل يكون أكثر احتمالاً أن يتم فقد معنى المعتقد عند التفسير. وفي حال ظهور المعتقد المحورى وتحديده فمن المهم أن نعطيه عنواناً أو تسمية باستخدام ألفاظ العميل ولغته الخاصة. وقد ذكرت "باديسكى" (١٩٩٤)، ان ذلك يؤدى إلى تأثير أعظم من قبل العميل ومرتبطاً بالمخطط وينتج تغييراً أكثر عمقاً وثباتاً. وقد أوصت "باديسكى" باستخدام هذا النمط من التساؤلات: "كيف ستعبر عن ذلك بلغتك وكلماتك الخاصة؟ "، و"هل يمكنك إعطائى مثالاً عن كيفية عمل هذا المعتقد فى حياتك؟"، و"هل تخطر ببالك وتمر بعقلك بعض الصور الذهنية أو الذكريات تكون مرتبطة بهذا المعتقد؟".

ثالثاً: ذكرنا أن المعالج والعميل لا يقوما بتمحيص وفحص كل الأفكار الآلية السلبية لكن فقط تلك المركزية منها (التى تكون متسقة مع الصياغة المعرفية للمشكلة)، أو بمعنى آخر تلك التى لها أهمية خاصة (ذات التأثير الشديد). ويتم معالجة المعتقدات السلبية بنفس الطريقة، ولأن إحداث تغيير فى معتقد وسيط يتطلب جهداً كبيراً بشكل عام فإن التركيز على كل منها منفرداً يعتبر أمراً مهماً ويتضح ذلك من استخدام بعض التدخلات دون أخرى فمثلاً: استخدام استخبار الاتجاهات المختلة الذى وضعه "وايرمان (١٩٨٠)" قد يشير إلى أن العميل يعتنق عديد من المعتقدات ذات العجز الوظيفى تقع فى سبع فئات رئيسة: الاستحسان Approval، والحب Love، والإنجاز achievement، والكمال perfectionism، والصيت intitlement، والاستقلالية autonomy، والقوة الكلية omnipatence، وسوف يشير الاستخبار نفسه إلى ما إذا كانت المعتقدات غير المساعدة تم تبنيها بشكل قوى أم لا، ويتفق ذلك مع المساعدة التى تلقاها العميل من خلال الصياغة المعرفية، وعندما يستخدم لغته الخاصة يمكن أن يتم تعديل هذه المعتقدات.

رابعاً: لو كان على العميل أن يتحرك من موقف الاعتقاد القوى فى معتقد سلبى غير مساعد، سوف يجد من الصعوبة الشديدة أن يفعل ذلك دون وجود معتقدات إيجابية بديلة يعتنقها. وهناك فرق ضئيل عند العمل على الأفكار الآلية فهى بشكل عام أكثر قابلية للتحول والتغيير، وأقل جموداً ويمكن إضعافها بشكل أكثر سهولة. وترجع المعتقدات المساعدة إلى الإيجابية، والتوافقية، والكفاءة الوظيفية، والعقلانية، والواقعية، والمشكلة والحل، مركزة على هدف ومهمة محددة؛ فى حين أن المعتقدات غير المساعدة تعتبر سلبية لا توافقية، عاجزة وظيفياً، لا عقلانية، غير واقعية، تتعارض مع المشكلات، تتعارض مع الحل، وتتعارض كذلك مع الأهداف والمهام.

ويعتنق عديد من الناس كل من المعتقدات المثيرة للأفكار الإيجابية والسلبية، ويعملون وفقاً لأكثرها مساعدة لهم معظم الوقت حتى تُظهر العوامل المرسبة المعتقدات السلبية فى موقف ما. وهذا التنشيط للمعتقدات السلبية بواسطة العوامل المرسبة تم مناقشته فى سياق الصياغة المعرفية فى إطار الفصل الثالث، عندما تم تحديد مشكلات "على". ولكثير من الناس (الذين يقعون ضمن المحور الأول فى التصنيف Axis I مثل مرضى الاكتئاب) الذين لديهم بالفعل معتقدات إيجابية فى حاجة إلى أن تستقل ويتم البناء عليها، والمعتقدات الإيجابية الخاصة يتم أيضاً تسميتها بلغة العميل الخاصة. والأفراد الذين ليس لديهم بدائل إيجابية دالة وجوهرية للمعتقدات المساعدة (عموماً فى المحور الثانى Axis II) فهم بالتأكيد يستغرقون وقتاً أطول فى تحسنهم، ويتم صياغة المعتقدات المساعدة بإتباع تعريف ما، وكذلك تحديد المعتقدات غير المساعدة لكن دون إجراء أى محاولة لتعديلها.

خامساً: تم توضيح عملية مساعدة العميل على تحديد قدر شدة الفكرة الآلية على مقياس من صفر- ١٠ فى الفصل الرابع، وإعادة تقدير شدة

الفكرة بعد التساؤل السقراطي يظهر ضعف الفكرة الآلية الأصلية. وعملية إضعاف كل من الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية مدعم بتشجيع العميل أن يقوم باستمرار بتقدير، وإعادة تقدير شدة أفكاره ومعتقداته غير المساعدة؛ ويساعد التقدير أيضاً على تقوية أكثر الأفكار والمعتقدات المساعدة، والتقدير ليس أداة مراقبة فحسب لكنه يعتبر آلية للتغيير.

تعديل المعتقدات الخاطئة:

تدخلات عامة:

عندما يتم تحديد واحد أو أكثر من المعتقدات الخاطئة الجوهرية، وعندما يثق المعالج أن العميل أصبح مهيئاً للعمل عليها والتعامل معها، يتم تنمية البدائل الإيجابية المساعدة؛ وسوف يشير عديد من العوامل للمعالج إلى أن العميل قد أصبح مهيئاً، وأن العمل أصبح ضرورياً، وكما تم الإشارة سابقاً فربما يكون العمل على المعتقدات الخاطئة غير مطلوب باستمرار.

أولاً: ان العميل قد طوّر قدرة معقولة على تحديد ومناقشتها، أفكاره الآلية السلبية وتوليد بدائل إيجابية لها. وفي العلاج المختصر، فإن قدرة العميل على إنجاز ذلك في مرحلة مبكرة من العملية العلاجية يكون مطلوباً (انظر الفصل الثالث).

ثانياً: سوف يصبح العميل قادراً على إنجاز هذا العمل لكنه على الرغم من يفشل في التحسن، أو يبدو معوقاً. وكل فكرة آلية سلبية تبدو وكأنها تم استبدالها بأخرى وهنا يتوقع أن تكون المعتقدات الخاطئة ذات قوة نشطة.

ثالثاً: أن العميل قد يحدد عدداً من المعتقدات الخاطئة على أنها أفكار آلية، ويعتبر المعالج أن العميل أصبح مهيئاً للعمل على مستوى أعمق. وعندما يصبح العميل مهيئاً ومستعداً يقوم المعالج بتشجيعه على توليد أحد المعتقدات الكامنة غير المساعدة (باستخدام واحد أو أكثر من الطرائق الثمانية فى الجزء الأول) مع إعطاء منطق العمل مع كل معتقد (انظر التثقيف النفسى عن المعتقدات الكامنة فى الجزء الأول)، وهنا يعمل على توليد بدائل أكثر إيجابية من المعتقدات الكامنة. ومن المفضل لدى المعالجين أن يقوم (المعالج) بتوليد بعض الاحتمالات فى عقله هو ويستخدمها فى إرشاد العميل فى تحديد أكثر البدائل الإيجابية المساعدة باستخدام الحوار السقراطى، وهذا الشكل من التساؤل تم مناقشته فى الفصل الرابع والهدف هو إيجاد أكثر المعتقدات الكامنة إيجابية، وواقعية وقابلة للتصديق من قبل العميل، ولو اشترك كل من المعالج والعميل فى الاتفاق على معتقد وسيط من خلال التعاون المشترك بينهما فمن المحتمل أن يتم استخدام هذه الطريقة دائماً.

وتختلف نظرة المعالجين إلى البدائل الإيجابية للمعتقدات، فقد افترض "بيك" (١٩٩٥) "أن المعتقدات الإيجابية أسهل على المريض بشكل عام لأنها تدفعه لمزيد من التوافق بالمقارنة بالمعتقدات المتطرفة"، فى حين كانت وجهة نظر "باديسكى" (١٩٩٤) "بما أن المخططات مطلقة، فإن البدائل التى تستخدم فى العلاج يجب أن توضع على أنها جملة مطلقة". ولو أخذنا معتقد "توم" الكامن "أنا غير محبوب" فإن المعتقد البديل المناظر له قد يكون "أنا محبوب بشكل عام" أى معتقد إيجابى نسبياً "وأنا محبوب" هو جملة مطلقة. والجمل الدقيقة المحكمة يتم الموافقة عليها بشكل تعاونى مع العميل وسوف يتم الاعتماد بشكل جوهرى على عدد من العوامل التى قد تتسم بها شخصية العميل، من قبيل نمط شخصيته، وخبراته الحياتية والفائدة العملية التى تنطلق من المعتقد.

المعالج: توم قد حددنا المعتقد الكامن لديك "أنا غير محبوب"، الذى يبدو أنك تعتنقه بشكل قوى.

توم: نعم.

المعالج: هل يمكن أن تفكر فى معتقد آخر بديل يكون أكثر إيجابية؟

توم:أفترض أنه يكون "أنا محبوب".

المعالج: تبدو وكأنك غير متأكد تماماً من ذلك يا توم.

توم: إنى لست متأكداً، ولا أستطيع حقيقةً أن أعتقد ذلك.

المعالج: هل هناك معتقد بديل يمكن أن تصدقه؟

توم: حسناً، سأفكر، أستطيع أن أصدق أننى محبوب من بعض الناس أحياناً.

المعالج: ذلك يبدو أكثر واقعية لك. أليس كذلك؟

توم: هممهمة، ذلك يذكرنى بم "إنك تستطيع أن ترضى بعض الناس أحياناً، لكنك لا تستطيع إرضاء كل الناس كل الوقت".

وعندما يتم توليد أحد المعتقدات البديلة المساعدة يعمل كل من المعالج والعميل على تعديل المعتقد الكامن السلبى، ويتضمن ذلك عملية إدخال العميل للعالم من خلال إطار عمل من البدائل الجديدة من المعتقدات الإيجابية والتخلى عن المعتقدات السلبية السابقة. ولزيادة كفاءة هذا الأسلوب العلاجى خارج العملية العلاجية، يتم تشجيع العميل على أن يدخل كل من المعتقد القديم والجديد معاً جنباً إلى جنب فى مذكراته العلاجية، وتدوين المعتقد الجديد فى مذكرة ملاحظات العلاج ومن ثم تصبح هذه بداية جيدة للعميل لكنها غير فعالة فى حد ذاتها لإحراز تغير، فالوعى بالمعتقدات المساعدة وتصديقها بالفعل عملية مختلفة تماماً، ولإحداث ذلك يتم استخدام أحد الأساليب التى تستخدم فى هذا الصدد.. وسوف يتم توضيحها فيما يلى:

١ – الحوار السقراطى Socratic dialogue:

إن استخدام التساؤل كجانب أساسى علاجى (بيك وآخرون، ١٩٧٩) أصبح هو السمة الرسمية للعلاج المعرفى السلوكى، ويعرف فى سياق الكتاب الحالى بأنه الحوار السقراطى. وقد لا يكون غريباً أنك تجد أنه يقود العميل إلى تعديل معتقداته من خلال استخدام التساؤلات التى تُعد الأساليب الأولى فى هذه القائمة، وبالرغم من أن هذا الأسلوب يكون مناسباً فى تعديل المعتقدات كأحد أساليب التدخل، فإن استخدام التساؤل أيضاً يتكامل مع أساليب علاجية أخرى لتعديل الاتجاهات، ويستخدم كأداة عامة خلال العلاج. وعند تعديل معتقد سلبى أساسى، يوجه المعالج العميل لأن يختبر عملية المعتقد على مواقف محددة ونوعية، بدلاً من أن يتعامل معه بطريقة عامة وكلية. وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تفنيد المعتقد فى موقف بعينه. ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى أوسع من المواقف ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابى بديل.

وأحد معانى الانتقال من الأكثر عمومية إلى الأكثر تحديداً وخصوصية، هو استخدام التساؤل السقراطى لمساعدة العميل لنقل اتجاهاته وقواعده وطرحها داخل تقييمات مشروطة (بيك، ١٩٩٥). فمثلاً الاتجاه السلبى الذى مضمونه "من الصعب أن تكون غير محبوب" والقاعدة "يجب أن أكون محبوباً" من الصعب أن يتم تعديلهما بهذا الشكل لأنهما شديدا العمومية ولم يرتبطا بشئ ما معين. والتقييم الشرطى "لو كنت غير محبوب، فأنا غير كفء" يكون أسهل فى تعديله لأن أمثلة من قبيل "إننى أعتبر نفسى غير كفء" يمكن أن يتبناها العميل وتقوده للمعتقد "أنا غير محبوب" الذى يصبح فى هذه أشد ضعفاً.

توم: نعم، أنا أعتقد بشدة أننى يجب أن أكون محبوباً. (القاعدة). فمن الصعب أن أكون غير محبوب (الاتجاه).

المعالج: توم قد حددنا المعتقد الكامن لديك "أنا غير محبوب"، الذى يبدو أنك تعتقده بشكل قوى.

توم: نعم.

المعالج: هل يمكن أن تفكر فى معتقد آخر بديل يكون أكثر إيجابية؟

توم: أقترح أنه يكون "أنا محبوب".

المعالج: تبدو وكأنك غير متأكد تماماً من ذلك يا توم.

توم: إنى لست متأكداً، ولا أستطيع حقيقةً أن أعتقد ذلك.

المعالج: هل هناك معتقد بديل يمكن أن تصدقه؟

توم: حسناً، سأفكر، أستطيع أن أصدق أننى محبوب من بعض الناس أحياناً.

المعالج: ذلك يبدو أكثر واقعية لك. أليس كذلك؟

توم: همهمة، ذلك يذكرنى بـ "إنك تستطيع أن ترضى بعض الناس أحياناً، لكنك لا تستطيع إرضاء كل الناس كل الوقت".

وعندما يتم توليد أحد المعتقدات البديلة المساعدة يعمل كل من المعالج والعميل على تعديل المعتقد الكامن السلبى، ويتضمن ذلك عملية إدخال العميل للعالم من خلال إطار عمل من البدائل الجديدة من المعتقدات الإيجابية والتخلى عن المعتقدات السلبية السابقة. ولزيادة كفاءة هذا الأسلوب العلاجى خارج العملية العلاجية، يتم تشجيع العميل على أن يدخل كل من المعتقد القديم والجديد معاً جنباً إلى جنب فى مذكراته العلاجية، وتدوين المعتقد الجديد فى مذكرة ملاحظات العلاج ومن ثم تصبح هذه بداية جيدة للعميل لكنها غير فعالة فى حد ذاتها لإحراز تغيير. فالوعى بالمعتقدات المساعدة وتصديقها بالفعل عملية مختلفة تماماً، ولإحداث ذلك يتم استخدام أحد الأساليب التى تستخدم فى هذا الصدد.. وسوف يتم توضيحها فيما يلى:

المعالج: ماذا يعني لك أن تكون غير محبوب؟

توم: حسناً، ذلك معنى أنني غير كفء.

المعالج: إذا أنت تعتقد "لو أنا غير محبوب فأنا غير كفء" (تقييم شرطي). كيف تختبر قوة اعتقادك في هذه اللحظة؟

٢ – قياس المعتقدات Scaling beleifs:

المعتقدات المحورية المفرطة في التعميم، تكون غير مرنة، والزامية، ومقاومة للتغيير (بيك، وآخرون ١٩٩٠)، وكذلك تتسم المعتقدات الوسيطة بخصائص مشابهة لكن بدرجة أقل حدة. واستخدام المقاييس لقياس مدى اعتناق الفرد لفكرة آلية سلبية، أو معتقد سلبي، تم تقديمه في الفصل الرابع. وهذا الاستخدام هو تحرر للتصلب الخاص بتلك المفاهيم، حيث لا يتعرض للفكرة أو المعتقد على أنها معتنقة أولاً. لكن يتم ذلك في صورة مدى واسع من عدم الاعتقاد مطلقاً إلى الاعتقاد التام في الفكرة، ومن الأفضل للعميل أن يتعرف على ذلك. فمثلاً ليس محبوباً أو محبوباً (تفكير الكل أو اللاشئ) لكن دائماً هناك مدى بين الحب، واللاحب، وعندما يوجد مدى فإن التغيير يصبح ممكناً.

وقياس المعتقدات يعتبر أسلوباً مهماً لإضفاء المرونة على أنماط الأفكار لدى العميل، خاصة تلك التي تتسم بالقطعية (الكل أو اللاشئ). وأولاً يتم تحديد المعتقد المساعد وغير المساعد ويتم كتابة المعتقد المساعد (الإيجابي) في أحد الأقطاب (الجوانب) على ورقة بيضاء. ويتم رسم خط منه إلى الجانب الآخر كما هو موضح بالشكل.

محبوباً ــ*ـــــــــ

صفر٪ ١٠٠٪

ويتم وضع صفر٪ فى أحد الجوانب، و١٠٠٪ فى الجانب الآخر كما هو موضح. ويطلب من العميل أن يضع علامة × على نقطة فى المقياس محددة. ومبدئياً سوف تكون هذه النقطة متطرفة ناحية الجانب الأقل (صفر٪)، وباستخدام الحوار السقراطى واحد الأساليب الأخرى الموضحة فى هذا الفصل، يمكن للعميل أن يتحرك ناحية المعتقد الإيجابى بشكل أفضل. وعندما ينجز العميل نقلة عقلية فى المعتقد أثناء الجلسة، يتم تدوين هذه العملية داخل المذكرات العلاجية، ويتم بناء المهام المنزلية عليها، وذلك يجعل العميل منغمساً فى استخدام هذا الأسلوب مع معتقدات سلبية أخرى قد تم تحديدها سابقاً، وبالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن استخدام التجارب السلوكية لدعم المعتقد الجديد الإيجابى وتماسكه.

ويعرف قياس المعتقدات أيضاً بأنه منهج كمى (باديسكى، ١٩٩٤، باديسكى وجونبرج، ١٩٩٥، وبرينز ١٩٨٣) يمكن أن يستخدم بطرائق عدة متنوعة، فمثلاً يمكن أن يكون المتصل ذو طرفين، أولهما غير محبوب بنسبة ١٠٠٪، والثانى محبوباً بنسبة ٧٠٪. ويمكن استخدام هذا النوع من المقاييس لكنه من الناحية العملية يعتبر أقل فائدة من المتصل السابق. وقد استخدمت باديسكى (١٩٩٤) كل الطرق الخاصة بالقياس، وأشارت إلى عديد من الاختلافات، وقد وصفت منهجاً مناسباً يُعد أسلوباً تكميلياً محكياً عُرف عن طريق كيلى (١٩٥٥) صاحب نظرية التكوين الشخصى personal construct theory، وهى عبارة عن مقاييس مختصرة حيث يُسأل العميل عن كيفية وصوله للمعتقد الإيجابى (القطب الموجب للمقياس السابق)، فمثلاً فى حالة "توم" فإن بعض المحكات التى وضعها كتكوينات لمفهوم (الحب) أو أن يكون محبوباً كانت، الثبات، والثقة فى الكفاءة، والاجتماعية، أن يُكوّن عديداً من الأصدقاء، ويظهر القياس المحكى التطرفات الخاصة بكل واحد من هذه التكوينات، ويتم وضعها كلها فى مرتبة أدنى من المقياس أو المحك الرئيسى (أن يكون محبوباً)، وذلك كما هو موضح بالشكل (١٤) وهنا يتم

تعديل منهج مشابه كما تم بالنسبة للمعتقد الأساسي لتعديل كل منها على حدة.

محبوبا ــ×ـــــــ
٪ ٠ ٪١٠٠
ثابت دائماً ــ×ـــــ غير ثابت دائماً
دائماً ذو كفاءة ــ×ـــــ غير كفء أبداً
اجتماعي دائماً ـــ×ـــــ غير اجتماعي أبداً
دائماً لديه أصدقاء ـــــ×ـــ لم يكن لديه أصدقاء أبداً

شكل (١٤) مقياس المعتقدات: المقياس الكمي المحكي.

ومن الجدير بالذكر أن المقياس يربط بين المتضادين، وذلك يسهل العمل في الانتقال من المعتقد غير المساعد إلى المعتقد المساعد. وأثناء الممارسة العلاجية يستخدم المعالج باستمرار هذه المقاييس في عقله، ويعطي إطاراً لموقع العميل واعتقاده في أي معتقد معطى له دون اعتبار لما إذا كان أي من المعالج أو العميل يستخدم هذا التدخل في أي مرحلة من العلاج.

٣ – العلاج بالدور المحدد Fixed Role Therapy:

رأى عديد من المعالجين خارج العلاج المعرفي السلوكي أنه لو تم تشجيع العميل لأن يتصرف بطريقة مخالفة لمعتقداته غير المساعدة، فقد يؤدي هذا إلى تغير في المعتقدات، ومن ثم يؤدي إلى مزيد من التغير في السلوك. ويسمى هذا المنحى بالعلاج بالمرور المحدد. (انظر: Banarius, ١٩٧٠; Epting, ١٩٨٤; Karst & Trexler, ١٩٧٠; Kelly, ١٩٥٥; Skene, ١٩٧٣). وهذا المنحى يتسق مع العلاج المعرفي السلوكي الذي يرى أن الأفكار والمشاعر (الانفعالات)، والسلوك هي كل متكامل، وأن التغير في أحدها يؤدي إلى تغير في الجوانب الأخرى. وتطبيق

هذه القاعدة أسلوباً ذا قوة وفاعلية فى سياق العلاج المعرفى السلوكى. وبمجرد تحديد أحد المعتقدات المساعدة البديلة الذى يوافق عليه العميل، سيؤدى (من خلال التساؤل السقراطى) إلى تحديد عدة طرق يمكن أن يسلك بها أو يتصرف بها لو كان هذا المعتقد الجديد حقيقى فى الواقع وصادق، وبمجرد تحديد عدد من الأفعال والتصرفات التى تتناسب مع المعتقد الجديد، يُطلب من العميل أن يفكر فى إدخالها ضمن التمرين ويقوم المعالج بتقدير ما إذا كان العميل يمكن أن يتصرف بناء على هذه النقطة فى وقت ما أم لا. وعندما تتم الموافقة بشكل تعاونى يتم تسجيل هذه الأفعال فى مذكرة الملاحظات العلاجية. ويقوم العميل بتبنى الدور المتسق مع المعتقد المساعد الجديد كمهام بين الجلسات. ومن المهم ألا نجعل هذا الدور شاملاً واسعاً ومن ثم لا يمكن تطبيقه فى مواقف مشحونة انفعالياً، بل المطلوب أن يكون المرور جزئى وواقعى يمكن تطبيقه فى المواقف الشبيهة. ويُطلب من العميل أن يتصرف بطريقة تتناسب مع المعتقد الجديد حتى لو لم يكن مقتنعاً تماماً بهذا المعتقد فى هذه المرحلة، ويسمى بيك هذا الأسلوب "بالتمثيل" Acting أو تمثيل الأدوار كما لو "As if".

المعالج: توم: لقد قلت "لو كنت غير محبوب إذن فأنا غير كفء" كم تعتقد فى هذا الآن؟

توم: حسناً، أنا أفترض أنه أصبح أقل قوة لكنه موجود بدرجة ٦٠٪.

المعالج: كيف يكون الوضع لو اعتقدت فيه بدرجة أقل؟

توم: سيكون ذلك جيداً. لكنى غير متأكد كيف يمكن أن أفعل ذلك.

المعالج: حسناً، لو استبدلنا اعتقادك "أنا غير محبوب" باعتقادك "بعض الناس يرونى شخصاً محبوباً بعض الوقت" هل يمكن أن تتصور ما يمكن أن تفعله مختلفاً اليوم، وغداً أو خلال الأسبوع"؟

توم: أعتقد أنى أستطيع أن أساعد كاس زوجتى فى المطبخ أو الحديقة.

المعالج: هل هناك شئ آخر؟

توم: يمكن أن أذهب مع كاس لزيارة أمها، لأنها سوف تحب ذلك كثيراً.

المعالج: هل التصرف بهذه الطريقة يغير أى شئ؟

توم: سوف يحسن علاقتنا وسوف أشعر أكثر بأنى محبوب.

المعالج: كذلك أنت قلت لو أنك تصرفت بهذه الطريقة وفقاً لمعتقدك الجديد "بعض الناس يرونى محبوباً بعض الوقت" فالآخرون سوف يستجيبون بشكل أكثر إيجابية وفى المقابل سوف تشعر أنك محبوب بشكل أكبر؟

توم: نعم، هذا صحيح، أستطيع أن أرى ذلك.

المعالج: لو كنت تستطيع أن ترى نفسك تتصرف بهذه الطريقة متى تعتقد أنك ستكون قادراً على تنفيذ ذلك؟

اتفق كل من المعالج و"توم" على الأيام والأوقات التى يستطيع توم فيها محاولة البدء فى دور جديد يتناسب مع المعتقد الجديد الإيجابى، ويتسق معه. وقد وضع توم ذلك فى مذكراته العلاجية. وأوضح المعالج منطق بالدور العلاج الثابت وشجع توم على التصرف بطريقة تتسق مع معتقده الجديد حتى لو لم يكن مقتنعاً به تماماً فى هذه المرحلة.

٤ – أداء الدور Role play:

تستخدم العلاج المعرفى أساليب من أنماط العلاج النفسى الأخرى، ويدمجها فيه شريطة أن تستخدم بشكل متناغم ومتسق مع النموذج المعرفى. ونشأت بعض أساليب أداء الدور من خلال معالجى نظرية الصيغة الكلية (Fagan & Shepherd, ١٩٧٠; Feder & Ronall, ١٩٨٠; Perls, ١٩٦٩a, ١٩٦٩b, ١٩٧٣; Palrter & Polrter, ١٩٧٣) وكانت تلك الأساليب ملائمة وذات كفاءة فى تعديل المعتقدات غير المساعدة (Bech, ١٩٩٥; Ellis, ١٩٨٢, McMullin, ١٩٨٦; Trower et

al., ١٩٨٨; Gaung, ١٩٩٠) ولم يتم استخدامها فى الممارسة العلاجية إلا بعد استخدام الأساليب الأخرى كالتساؤل السقراطى، والحوار السقراطى كما تم شرحها فى الجزء السابق.

ويتم استخدام أداء الدور عند إحلال المعتقد الإيجابى الجديد محل المعتقد السلبى، وقد ذكر ماكميلان "McMullin" (١٩٨٦)، "أن النظرية الوحيدة التى تقف خلف أساليب إعادة البناء المعرفى تستخدم "التقابل بين المعتقدين السلبى والإيجابى"، وترى هذه النظرية أن العميل عندما يناقش الأفكار اللاعقلانية فى مقابل الأفكار العقلانية وتطرح عليه حججاً بديلة، فإن ذلك من شأنه أن يضعف قوة الأفكار اللاعقلانية، الأمر الذى يشبه ما وصفناه سابقاً بالأفكار المساعدة فى مقابل الأفكار السلبية.

وتوجد تنوعات عديدة عند استخدام التقابل بين المعتقدات السلبية والإيجابية فى أداء الدور. ويمكن وصف الأسلوب الأساسى كما يلى: يتم مساعدة العميل على عمل قائمة من الأفكار التى تدعم المعتقد السلبى، ويقوم المعالج مع العميل بشكل تعاونى بعمل قائمة مقابلة مضادة من الأفكار الإيجابية. ويبدأ أداء الدور بتبنى العميل للأفكار غير المساعدة (وهى التى يتبناها العميل حالياً)، ويقوم المعالج بتفنيد كل من هذه الأفكار ودحضها باستخدام الأفكار المساعدة المقابلة لها، والتى تم توليدها مسبقاً. ويسمى يونج "Young" (١٩٩٠) هذا الأسلوب "النقطة ـ النقطة المقابلة" point-counterpoint .

ووفقاً لهذا الأسلوب يقوم المعالج بنمذجة "الدور المقابل، حيث يقوم هو والعميل بتبادل الأدوار، ويبدو وصف هذا الأسلوب كأصوات جوفاء، ولكن عند الممارسة العملية يمكن أن يصبح أسلوب أداء الأدوار أكثر سهولة لو أتقنه المعالج بشكل جيد. ويسمى درايدن Dryden (١٩٩٥) هذا الأسلوب باسم "الجدال دفاعاً عن الشيطان" Devils advocate disputing ويسميه بيك "أداء الدور العقلانى الانفعالى" (Ralional-emotional Role-play Beck, ١٩٩٥, p. ١٥٨) . ويقوم

العميل فى البداية بتمثيل دور تبنيه للمعتقدات السلبية وتقبله لها (وفى المقابل يقوم المعالج بأداء دور تبنيه للمعتقد الإيجابى لنقطة مقابلة لها) ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذى قام المعالج بنمذجته. ويتم استخدام أسلوب "الكرسى الفارغ" empty chair من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقلاً عن المعالج. وهنا يقوم المعالج بأداء الدورين المتقابلين معاً بتحركه من وإلى الكرسى الفارغ.

٥ – الأساليب أو الطرق السلوكية Behavioral methods:

يرى المعالجون السلوكيون أن أسلوب التغيير السلوكى يمكن أن يسبب المعتقدات غير المساعدة البديلة لدى أى شخص مريض أو غير مريض، كما يمكنه أن يخلصه منها (Emmelkamp, et al., ١٩٧٨) ومن ثم فإن المعالجين السلوكيين يستخدمون كثيراً من التجارب العلاجية السلوكية لتعديل المعتقدات السلبية (Roth & Fonagy, ١٩٩٦) . وقد وجدنا لدى آخرين أن التجارب السلوكية ذات كفاءة عالية فى تغيير الأفكار الآلية السلبية، لكن يجب أن يتم تصميم هذه التجارب بشكل جيد. وأحد الأمثلة المعروفة من التجارب السلوكية، هى تجربة استحضار أعراض القلق من خلال زيادة معدل التنفس خلال جلسة العلاج، وذلك لاختبار اعتقاد العميل أن هذه الأعراض هى نتيجة مشكلات قلبية بدلاً من كونها أعراض قلق مرتبطة بحالة الهلع (Clark, ١٩٨٩) والهدف من استخدام التجارب السلوكية عادة هو توليد بعض الاستجابات التى تتعارض مع الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية أو معتقد ما. وفى أثناء الممارسة العلاجية ينظر كل من المعالج والعميل إلى النتائج والعواقب المترتبة على التجربة السلوكية، وذلك لتوفير أفضل الظروف لإحراز النجاح فيها، وفى الوقت نفسه يكونا متنبهين للصعوبات الخاصة، أو الأفكار الآلية السلبية، التى قد تمنع وتعوق استمرار التجربة السلوكية. ومن المهم، إقناع العميل بأن هذه هى مجرد تجربة ومجرد المضى فيها قُدماً هو نجاح فى حد

ذاته بغض النظر عن النتائج، وذلك للتأكد من أن العميل لن ينظر لنتيجة ما أو إلى بعض النتائج الأخرى على أنها فشل.

وباستخدام منهج المتصل المحكى الذى تم شرحه سابقاً، حددنا أن (توم) يعتنق معتقداً أساسياً وكان يدعم معتقده المحورى الذى هو "أنا غير محبوب". ولدعم العمل الذى تم إنجازه داخل الجلسة وافق "توم" على اختبار عدم ثبات معتقده بين الجلسات، وسوف يتحمل مسئولية المهام الثلاث التالية فى الأسبوع المقبل وهى:

أولاً: سوف يتصل بزوجته كاس إذا تأخر خارج المنزل.

ثانياً: أنه سوف يفى بوعده فى المساعدة فى الأعمال المنزلية بتنظيف حجرة المعيشة وصالة الاستقبال.

ثالثاً: أنه سوف يقوم بعمل ترتيبات مع الدوائر الحكومية الخاصة بالإرشاد بالمساعدات المالية.

وعندما يستخدم المعالج المعرفى السلوكى هذه الأساليب السلوكية، فإنه يدمجها ضمن أساليبه المعرفية. كما يمكنه استخدامها لأهداف أخرى، منها رفع دافعية العميل للقيام بواجباته المنزلية المتمثلة فى تفنيد الأفكار وإعادة البناء المعرفى للمعتقدات السلبية.



الفصل السادس

مرحلة إنهاء العلاج

الفصل السادس

مرحلة إنهاء العلاج End Stage of Therapy

تم تقديم بناء العلاج فى الفصل الرابع والخامس تحت ثلاث موضوعات رئيسة هى:

١- العلاقة العلاجية التشاركية.

٢- عملية النموذج المعرفى.

٣- مساعدة العميل على أن يركّز على مشكلته (مشكلاته) داخل الجلسة وخارجها.

وسوف نستمر فى استخدام إطار العمل نفسه فى الفصل الراهن لتقديم أهداف العلاج وتوضيحها وسنوضح كذلك كيف أن هذه الموضوعات بينها قدر من التداخل، كما هى الحال بالنسبة للأهداف التى تمثل محتواها، ولم تكن أياً من المراحل سواء البداية، أو المرحلة الوسطى، أو مرحلة إنهاء العلاج منفصلة عن بعضها بعضاً. والعلاج المعرفى السلوكى المختصر، هو عملية ارتقائية حيث تتغير بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت، بينما الصياغة المعرفية، والخصائص الجوهرية تعطيه تماسكه واتساقه. ويتضح ذلك من خلال شكل (١٥)

١ – العلاقة العلاجية التشاركية (التعاونية):

أ) إعداد العميل لإنهاء العلاج.

ب) تناول قضايا الاعتمادية.

٢ – عملية النموذج المعرفى:

أ) يلخص العميل ما تم تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.

ب) المعالج يعزى القيمة لجهود العميل.

ج) تقرير متى ينتهى العلاج اتساقاً مع تطور الصياغة المعرفية.

٢ - مساعدة العميل على التركيز على مشكلته (مشكلاته) داخل العلاج وخارجه.

أ) العميل يصبح معالجاً لنفسه.

ب) تقليل الارتداد والانتكاس: وضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة.

شكل (١٥) أهداف المعالج: مرحلة إنهاء العلاج.

وفى مرحلة بداية العلاج والمرحلة المتوسطة سوف يعمل العميل بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الأجزاء الموجودة بالفعل، والتى تم إنجازها من العمل. وفى المرحلة التالية (إنهاء العلاج) تتحرك بؤرة العلاج نحو تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع العميل على العمل مستقلاً. وهذان التصوران من التثبيت واستقلالية العميل، يولدان أهداف المعالج التى تشكل محتوى الموضوعات التى تم طرحها سابقاً فى بداية هذا الفصل، والتى قدمت فى شكل (١٢). والآن سوف ننظر إلى كل هدف من هذه الأهداف.

[١] العلاقة العلاجية التشاركية [التعاونية]:

أ) إعداد العميل وتهيئته لإنهاء العلاج:

تبدأ عملية إعداد العميل لإنهاء العلاج مبكراً فى عملية العلاج المعرفى السلوكى المختصر، قد تجد من المساعد أن تتذكر نفسك بالخصائص الجوهرية للعلاج المعرفى السلوكى فى الفصل الثانى. ويشجع العميل لأن يأخذ دوراً نشطاً فى العلاج داخل كل جلسة وأن يعمل على مهام معينة خارج الجلسات، وذلك يسهل التخطيط للعملية العلاجية وأيضاً التخطيط لإنهاء العلاج. ويعمل كل من العميل والمعالج معاً فى كل خطوة من خطوات العلاج، ويعطى المعالج مؤشرات مبكرة عن المدة المقدرة لاستمرار العلاج لإعداد العميل لإنهاء العلاج ويذكره أيضاً بالمدة المتبقية من العلاج فى مواضع متفرقة

أثناء العملية العلاجية. والعلاج المعرفى السلوكى المختصر وفقاً لتعريفه فإنه لا يتعامل مع كل المشكلات التى يمكن أن توجد لدى العميل، لكنه يركز على أهداف العميل المهمة. وبالعمل بشكل فعال وكفء على عدد قليل من المشكلات، سوف يتعلم العميل مهارات جديدة يمكن أن يتم تطبيقها على مواقف ومشكلات أخرى. وبالنسبة لبعض العملاء، فإن العمل على مستوى الأفكار الآلية سوف يؤدى إلى تغيير كاف يُمكن من إنهاء العلاج، وآخرون يحتاجون إلى العمل على مستوى المعتقدات الأساسية، وسوف تؤدى المعتقدات الجديدة إلى تغيير بقية المناطق فى حياة العميل. والتلخيص، والعائد بالنسبة لكل من المعالج والعميل يعتبر مفيداً أيضاً فى تحديد ما تم إنجازه، وتحديد ما الأهداف التى تحتاج إلى مزيد من العمل. وفى كل الأحوال يقوم العميل بتدوين النقاط البارزة أثناء العملية العلاجية فى مذكرة ملاحظاته العلاجية.

ب) التفكير فى قضية الاعتمادية:

افترض تراور Trower وآخرون (١٩٨٨) أن العميل قد يكون لديه نوعان رئيسيين من القلق حول إنهاء العلاج الأول: أنه لن يتمكن من أن يصبح معالجاً لنفسه؛ وأن يقوم بتطبيق العلاج المعرفى السلوكى على نفسه، والثانى أن العملاء يحتاجون إلى الدعم الانفعالى والوجدانى من المعالج. ولو ظهرت كل المعتقدات فيمكن اختبارها ومناقشتها بالطريقة نفسها كما تم مع المعتقدات غير المساعدة بالأسلوب السابق نفسه فى فصول سابقة.

المعالج: هل لديك أى قلق حول إنهاء جلساتنا معاً؟

العميل: نعم، أشعر بقلق شديد، لست واثقاً من أنى أستطيع مواجهة ذلك.

المعالج: ما الأفكار التى تجول بخاطرك عندما نتحدث عن إنهاء العلاج؟

العميل: فقط أننى لا أستطيع مواجهة ذلك دون مساعدتك. فلا أستطيع أن أتعايش مع كونى مريض ثانية.

المعالج: ذلك يشبه المعتقدات غير المساعدة وتوقع غير مساعد دعنا نرى ما إذا كان هناك دليل على ذلك ودعنا نقيمه.

العميل: ربما أكون متشائماً، لكن الأمور تسير بشكل جيد مع العلاج برغم هبوطها وارتفاعها وأشعر أنى أصبحت فى موضع ما. ولا أستطيع إيقافها لو أصبحت مضطرباً مرة أخرى.

المعالج: دعنا نرى كيف واجهت ذلك أثناء العلاج عندما ظهرت عقبات ليراجع المعالج والعميل بعض المواقف والأمثلة التى ظهرت فيها أفكار آلية غير مساعدة واستجاب لها "توم" بتوليد بدائل إيجابية باستخدام نموذج الأفكار السلبية، الذى مكنه من رؤية أنه قادر على مساعدة نفسه ليشعر بالتحسن].

العميل: أفترض أنى أعرف كيف أعالج مشكلاتى وأدرك أنى قد مررت ببعض الأوقات الصعبة، لكن إذا كتبت شيئاً فى هذا النموذج وأعدت قراءة مذكراتى العلاجية فذلك سوف يساعدنى ومن المحتمل أن أستطيع التعايش ومواجهة الأفكار السلبية عندما تصبح الأمور صعبة.

[٢] نموذج العملية المعرفية:

أ) يلخص العميل ما تعلمه، وفهمه، والأساليب والأدوات الملائمة:

بنهاية المرحلة الأخيرة للعلاج، سيصبح العميل بارعاً فى النموذج المعرفى بحيث، يمكنه أن يفهم مشكلاته داخل إطار عمله، كما يستطيع تطبيق بعض الأساليب واستخدام بعض الأدوات لحل هذه المشكلات. وهذا المدى الواسع من الأساليب والأدوات التى قد يحتاجها العميل ويستطيع تطبيقها سوف تختلف وتتنوع اعتماداً على بعض العوامل، مثل نمط مشكلات العميل وحجمها، ولأى مدة يعانى منها، ومدى عمق العمل المطلوب لها (مثل مستوى

الأفكار الآلية، أو المعتقدات الوسيطة، أو المحورية)، ومتغيرات وعوامل الشخصية، ودرجة فهمه العام، والذكاء، والاستبصار، وما إلى ذلك؛ ومن غير المحتمل إلى حد كبير أنه يكون ضرورياً أن يكون العميل على ألفة بكل الأساليب أو أن يجدها مساعدة، ومن الأفضل له أن يكون واثقاً في استخدامه لعدد قليل منها، والتي قام بالفعل بتطبيقها على مشكلاته ووجدها مساعدة له، وبطبيعة الحال فإن بعض الأدوات التي تتضمن الخصائص والقواعد الأولية للنموذج المعرفي مثل أشكال التفكير ونماذجه، فسوف تكون ضرورية لكل العملاء تقريباً. ويحتاج المنحى إلى توفيق إبداعي مع العملاء الذين يعانون من مشكلات وصعوبات في الكتابة. (انظر: الفصل السابع).

وتم الإشارة إلى عملية التلخيص في مواقع متفرقة من هذا الكتاب، كتلخيص المعالج لحدث ما أشار إليه العميل في العلاج، واستخدام بعض كلمات العميل، أو جملته الخاصة عندما تكون ذات دلالة، والتلخيص أو الملخصات هو ذو معنى مهم في تثبيت المواد وتقوية الأفكار والتصورات. ورأينا أيضاً في الفصول السابقة أن العميل يُشجع على استخدام الملخصات فمثلاً عندما يقوم المعالج بتقديم تصور أو مفهوم علاجي جديد، يُطلب من العميل أن يلخص ما قاله المعالج حتى يتم التأكد من أنه قد اكتشف المعنى الذي يقصده المعالج بوضوح، ويُطلب منه كذلك وبشكل معتاد أن يقوم بتدوين ملخصات في مذكرة ملاحظاته العلاجية ويقوم بتلخيص محتوى الجلسة بعد نهايتها. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدد من الأدوات والأساليب تطلب من العميل تلخيص ما تم تعلمه، مثلاً نموذج الأفكار الآلية، هو أداة مهمة في تعويد العميل ببساطة على تلخيص نوبة إنفعالية، وكما يفعل أسلوب المقارنة بالآخرين الذي تم تقديمه في الفصل الخامس. ولاحقاً في هذا الفصل ذكرنا أسلوباً يسهل للعميل أن يلخص بشكل تخيلي، العناصر الأساسية التي تتعلق بمشكلته. وعندما يثق المعالج بشكل جيد أن العميل لديه معرفة كافية

بالعمل من خلال النموذج المعرفى، وأنه لديه القدرة على أن يطبق ذلك على مشكلاته دون تدخل من المعالج أو اعتماداً عليه سيقوم بتخطيط لجلسة حيث يفترض عدداً من الصعوبات المحتملة التى تتسق مع أهدافه العلاجية ويعمل عليها خلال الجلسة.

ب) المعالج يعزي القيمة لمجهودات العميل:

وفقاً لما ورد مسبقاً تبين أن العلاج المعرفى السلوكى يشمل عديداً من المكونات السلوكية، ويستخدم الأساليب السلوكية التى تتسق مع النموذج المعرفى العلاجى (Beck et al, ١٩٧٩) كما تم شرحه سابقاً.

ويستخدم المعالج بشكل متناغم الدعم الإيجابى positive reinforcement فى سياق العلاج المعرفى السلوكى (Skinner, ١٩٥٣) بأن يثنى على العميل عند إنجاز أى مكاسب، مهما كانت صغيرة، وتشمل هذه المكاسب التغير فى فهم العميل لمشكلاته وصياغتها بصورة معرفية. وبهذا الإطراء، لا نعنى الإفراط، أو المبالغة فى استجابة المعالج التى يمكن أن تدرك على أنها مصطنعة، وليست صادقة لكن التقدير والثناء الحقيقى لتقدم العميل. وفى مرحلة نهاية العلاج تكون هذه التقديرات متصاحبة. ويلخص المعالج للعميل المكاسب التى يعتقد أنه حصلها وأنجزها، وتعطى معرفة على الجهود التى تشاركا فيها. وهذا التلخيص من قبل المعالج سوف يتبع قدرة العميل على عدم تحاشى أى أدوات، أو مواد يود أن يحضرها ويناقشها داخل الجلسة.

توم: فى الماضى شعرت أن حياتى قد تغيرت للأفضل. وكنت سعيداً جداً وأكثر هدوءاً خلال الأسبوع الماضى.

المعالج: أنا مسرور لسماع ذلك يا توم، ماذا تعتقد أنه السبب فى شعورك بأنك كنت أسعد واهدأ خلال هذا الأسبوع.

توم: حسناً، لقد نجحت في تحديد بعض الأفكار غير المساعدة ونجحت كذلك في تحديها عندما ظهرت وكنت أكثر فعالية في عدم تحطيم نفسي عندما تبدأ بعض المواقف في الظهور بيني وبين "كاس". وبدأت التعود على المشي، أو القيام ببعض الأعمال المنزلية.

المعالج: هل تعتقد أن الطريقة التي اتبعتها خلال هذا الأسبوع دفعتك لتتصرف بشكل مختلف عن طريق تغيير سلوكك والتركيز على تفنيد أفكارك السلبية غير المساعدة؟

توم: نعم، أعتقد ذلك.

المعالج: ماذا يعني ذلك لك من حيث التقدم والتحسن الذي أنجزته؟

توم: حسناً، سابقاً لم أكن أفكر قبل أن أتصرف وذلك كان يوقعني في مشكلات كثيرة، وكنت أجعل أفكاري تقودني، أما الآن فأنا قد غيرت ذلك وبدأت في الشعور بأنني أفضل.

ج) قرر متى ينتهي العلاج اتساقاً مع تطور الصياغة المعرفية لحالتك:

في بداية هذا الفصل أكدنا أهمية أن يكون العميل واعياً منذ بداية العلاج بمبدأ القصير وتركيزه على أهداف معينة وأن يتم تذكيره أثناء مسار العلاج عن الوقت المحتمل أن ينتهي فيه. وهذا الإبلاغ للعميل أن العلاج هو عملية مخططة يقدم للعميل طبيعة العلاج أو النموذج المعرفي إضافة إلى أن العلاج هو عملية مقصودة ومخططة. ويلي ذلك أن العلاج سوف ينتهي عندما تكون هناك فائدة وتحسن، وتم فهمه جيداً، وتم تطبيقه على مشكلات العميل، وتم الموافقة على الأهداف بشكل تعاوني بين المعالج والعميل منذ البداية. وأيا كان فإن بعض العملاء يتمنون امتداد العلاج بعد هذه النقطة وأن يقوم المعالج بتطبيقه على دائرة أوسع من المشكلات؛ ولو حدث ذلك، فقد يكون المعالج قد قام بتقدير أقل لحجم المشكلات الخاصة بالعميل وعمقها، أن قبوله

للعلاج المعرفى السلوكى المختصر كان غير مناسب. وفى هذه الحالة قد يكون من المفيد أن يتم قبول العميل لعلاج سلوكى طويل المدى (وذلك قد يمثل صعوبة للعميل فى حالة ما إذا كان يقوم بدفع تكاليف العلاج على نفقته الخاصة).

د) استكشف معوقات إنهاء العلاج:

يفهم هذا الجزء فى ضوء ارتباطه بم أ ب، ٢ ج .. حيث يبدو العميل مقاوماً لإنهاء العلاج ويُظهر بعض الانفعالات مثل الحزن، أو الغضب، أو أن يكون ثرثاراً حول نهاية العلاج، ويعتبر ذلك من أفضل وسائل اكتشاف مدى مقاومته لإنهاء العلاج، ويمكن العمل على هذه المقاومة بجعل العميل يكتشف أفكاره الآلية حول نهاية العلاج، اعتماداً على ما تم إنجازه من عمل معه، وقد تكون هذه الأفكار متسقة مع بعض المعتقدات السلبية الأساسية التى تم التركيز عليها فى جلسات سابقة، وسواء أكان العمل على مستوى الأفكار الآلية أم على مستوى المعتقدات الوسيطة، أو المعتقدات المحورية فهو لن يختلف عما تم وصفه فى فصول سابقة.

[٣] ساعد العميل فى التركيز على مشكلاته داخل العلاج وخارجه:

أ) العميل يصبح معالجاً لذاته:

يعتبر تشجيع العميل على استدماج عملية التركيز على مشكلاته داخله، يعد أحد التصورات والمبادئ المهمة للغاية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى المختصر. وهذا ما قد فهمناه وركزنا عليه فى مواضع عديدة فى هذا السياق. ومنح السلطة للعميل بهذه الطريقة، هو أحد مبادئ العلاج التى لا تُترك حتى المرحلة النهائية إنما يتم البدء فيها فى أقرب فرصة قدر الإمكان، وذلك مهم فى أن يتلقى العميل الدعم عند قيامه بتقييم مهاراته كمعالج ذاتى

self-therapirt ، وهنا يكون قد تم تحديد مشكلات العميل بشكل جيد، وكذلك على المدى القصير جداً للعلاج، وقد لا يكون هناك وقتاً متاحاً للعميل لتنمية كل مهاراته. وفى مثل هذه الظروف قد يوصى المعالج باستخدام وسائل المساعدة الذاتية self-help (Ruddell & Curwen, ١٩٩٧)؛ وقد تستمد صيغ جماعات المساعدة الذاتية وأساليبها من أحد المصادر مثل Mind over Mood: A cognitive therapy treatment manual for clients (Greenberger & Paderky, ١٩٩٥) أو Feeling Good Handbook (Burns, ١٩٨٩) . ووصولاً للمرحلة النهائية من العلاج يكون أقصى مدى من المسئولية قد ألقى على عاتق العميل لذلك فعندما يأتى العلاج لنهايته يكون العميل معداً بشكل أفضل للعمل مستقلاً مع صعوبات إضافية فى حالة ظهورها.

ب) التعليم حول الارتداد والانتكاس: طوِّر خطة أفعال وتدخلات لمواجهة مشكلات محتملة:

تم مناقشة الارتداد والانتكاس فى الفصل الخامس، وتبدأ عملية مناقشة، والعمل على تقليل الانتكاس فى المرحلة الوسطى من العلاج وتستمر حتى المرحلة النهائية، حيث تصبح أكثر حسماً وأهمية فى هذه المرحلة، وأياً كان؛ فإن وضع المبادئ والقواعد فى مرحلة بداية العلاج يؤدى إلى نجاح العمل فى المرحلة النهائية؛ وتكون التدخلات أكثر فاعلية، وفى مرحلة بداية العلاج، يتم إرشاد العميل وتوجيهه إلى أن يتبنى دوراً نشطاً فى العملية العلاجية، وفى المرحلة النهائية يتم تشجيعه على تطوير خطة عمل يمكن أن يستخدمها بشكل فعال لو ظهرت أى مشكلات بعد انتهاء العلاج، وتبعاً لطبيعة امتداد مشكلات العميل وعمقها، فقد يكون من المفيد غالباً الترتيب لعدد من جلسات المتابعة على مدى فترات ثلاث، ست، واثنى عشر شهراً، والهدف من ذلك، هو أن يقوم المعالج مع العميل بفحص مدى نجاحه فى التركيز على علاجه الذاتى. ويكون الترتيب لكل جلسة مهماً لبعض العملاء منذ الجلسة قبل النهائية أو قبل الأخيرة وأن يشعر العميل أن المساعدة متاحة لو

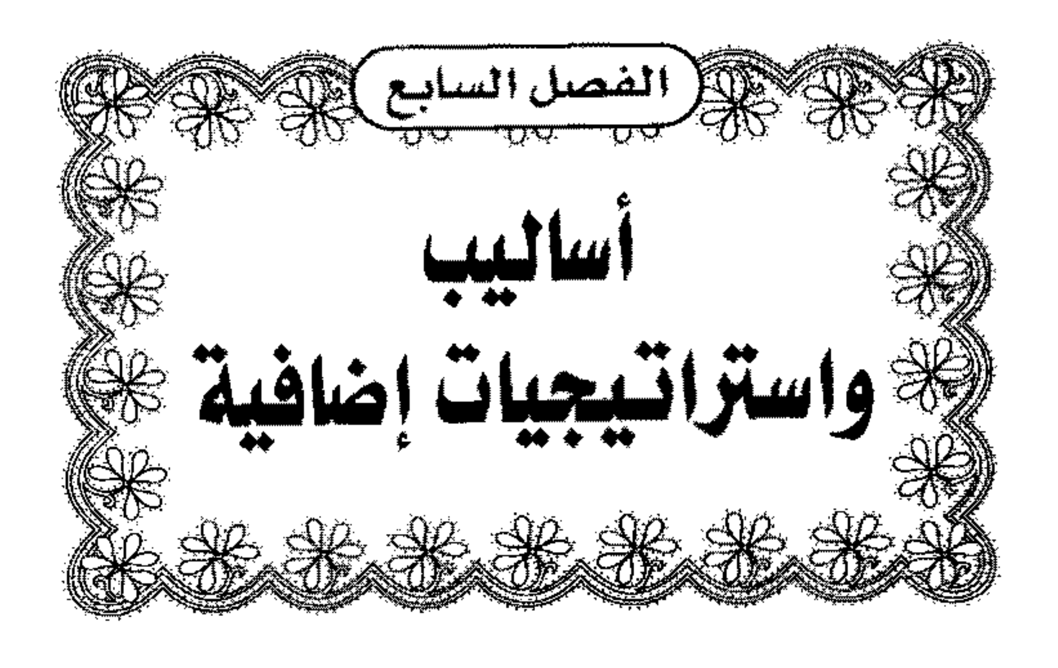
احتاج لها. وكما ذكرنا فإن البدء فى خطة العمل للتعامل مع المشكلات المحتملة يبدأ فى الجلسة قبل الأخيرة، ويركز العميل عليها على أنها واجب منزلى يجهزه للجلسة النهائية حيث يتم مناقشتها مع العميل وتقديم المساعدة له إذا كان ضرورياً.

ولمساعدة العميل فى تطوير هذه الخطة يتم عرض صيغة التحضير للتوقف ويتم إكمال الجدول كما فى شكل (١٦) ويتم إكمال الصيغة بشكل جزئى بين الجلسة قبل النهائية والنهائية كواجب منزلى، والمغزى من عمود (ماذا يمكن أن افعل) فى الجدول هو مساعدة العميل على أن يقوم بعمل واحد أو أكثر من الأشياء التى فعلها مسبقاً خلال فترة العلاج. وكما تم تسجيله فى مذكرة ملاحظاته العلاجية، وكذلك واجباته المنزلية، وأيا ما كان الأمر، فإنه يقوم بتسجيل حل معين لمشكلة محتملة، وفائدة خطة العمل ليس فقط إنتاج الحلول لكنه كذلك يساعده وبشكل فعال فى تحديد المشكلات المحتملة المستقبلية.

وفى الجلسة النهائية يوضع بند التحضير لتوقف العلاج كبند رئيس فى جدول الأعمال ويتم مناقشته جيداً مع العميل، ومن المفيد بعد ذلك أن يقوم العميل بتسميع خطة العمل واستحضارها على مستوى التخيل. ولتحقيق ذلك يقوم المعالج بالحديث مع العميل عن حالة الاسترخاء العضلى والعقلى، واستخدام إجراءات معينة قد تم وصفها فى الفصل السابع، ويطلب من العميل عمل صورة بكل العملية العلاجية منذ بدايتها لمشكلة ما أو موقف ما حتى اتخاذه للحل المناسب، كما تم فى جلسة التحضير للتوقف. ومن المهم أن يتم تخيل العملية العلاجية كاملة وإكمال صورة ناجحة من خطة العمل.

المعوقات المحتملة	استجابتي غير المساعدة	ماذا يمكن أن أفعل ـــ لستجابة مساعدة
خلال الشهر الأول		
خلال ثلاث شهور		
خلال ستة شهور		
خلال سنة		

شكل (١٦) صيغة التخطيط للتوقف



الفصل السابع

أساليب واستراتيجيات إضافية

الفصل السابع
أساليب وإستراتيجيات إضافية
Additional Strategies and Techniques

قدمنا فى الفصول السابقة عدداً من الاستراتيجيات والأساليب التى يمكن أن تستخدم فى مختلف مراحل عملية العلاج، وأيا ما كان الأمر، فنحن لم نكن مهتمين بتضمين عديد من التدخلات التى يمكن أن تؤدى إلى عدم الوضوح فى العملية العلاجية التى أردنا أن نرسمها بشكل جيد وحاسم. وفى هذا الفصل تم تضمين عدد من الاستراتيجيات والأساليب، والتدخلات التى وجدنا أنها بشكل خاص . ملائمة وفعالة عند ممارسة العلاج المعرفى السلوكى المختصر، ونحن لا نعتبر بعض الأساليب مثل الاسترخاء، أن يكون أسلوبياً رائعاً، وممتازاً فى حالة ما إذا كانت هذه الأساليب غير ضرورية، ولا تساعد العميل بشكل مباشر فى فحص عمليات التفكير لديه. ومهما يكن فعند الممارسة العلاجية المختصرة، فى الوقت، أو عدد الجلسات، أو طول الجلسة، فإنه يوصى فى هذا النوع من العلاج بإتباع المنحى "العملى" والأساليب المناسبة التى تساعدنا لعميل على التعامل مع مشكلاته الراهنة أو صعوباته وحتى لو كانت هذه الأساليب ليست ممتازة لكنها تظل خياراً متاحاً. وتم تقسيم الفصل إلى ثلاثة أقسام من الأساليب:

- المعرفى / التخيلى.
- السلوكى.
- الاسترخاء.

ويجب أن تستخدم هذه الأساليب على أنها جزء من الصياغة المعرفية ولا تكن منعزلة. وهى مناسبة لمدى من المشكلات والاضطرابات؛ وعلى أية حال، فإن بعض الأساليب مثل التخيل العقلانى الانفعالى rational-emotive imagery يمكن أن يكون مفجراً لمستوى مرتفع من القلق لدى بعض العملاء؛ ويجب

اتخاذ الحيطة القصوى عند استخدام أنماط هذه الأساليب لو كان العميل لديه بعض الظروف أو الشروط التالية:

- نوبة الريو التي تفجر عن طريق الضغوط/ والقلق.
- أي نوبة مرضية تنشط بالضغوط/ والقلق.
- النوبات القلبية أو أي ظروف طبية أخرى.
- الاكتئاب مع وجود أفكار انتحارية.
- الهستيريا.
- الاضطرابات والأمراض الطبية النفسية الحادة.

وكما يشير العلاج المعرفي السلوكي فإن تطبيق استراتيجيات وأساليب لا تؤدي إلى تفجر مستويات مرتفعة من القلق، مثل تدريبات الاسترخاء أو التخيل التكيفي يجب أن تعتبر مناسبة. وفي هذه الحالة فإنه يوصى بأن يتواصل المعالج مع الطبيب النفسي الذي يشاركه في علاج العميل عند النظر إلى تدخلات معينة.

أساليب التخيل المعرفي Cognitive / imagery techniques:

. التخيل المضاد لصدمة المستقبل Anti Future Imagery:

تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة لازاروس Lazarus (١٩٨٤) لمساعدة العملاء على التعامل مع أحداث وتغيرات الحياة المستقبلية، من قبيل موت الشريك، أو أحد الوالدين، أو التقاعد. وعلى الفرد أن يتخيل نفسه بأنه يتكيف ويواجه مختلف التصورات التي يخافها عن أحداث المستقبل. وعلى سبيل المثال، كانت "جين" قلقة إزاء مدى تكيفها في عملها عندما يتم تغيير مكان العمل، فهي لم ترد الانتقال إلى مكان آخر داخل البلد، وهنا إذا ظلت موجودة في لندن فسوف تكون زائدة عن الحاجة في العمل، وقبل محاولة

الدخول في التدريب، ناقشت "جين" مع المعالج طرقاً محتملة للتعامل مع المشكلة حينما تظهر الوظيفة المحتومة. ويتطلب ذلك عمل مفاكرة Brain storming لعديد من استراتيجيات التوافق التي يمكن أن تستخدمها، وهنا يطلب المعالج من "جين" أن تتصور نفسها بأنها تتكيف مع الأحداث المخيفة لها بتطبيق استراتيجيات التوافق التي تم مناقشتها سابقاً، وهذا الإجراء يساعد "جين" على تقليل ما تشعر به من سوء، وأن ترى النتائج المحتملة وتستطيع أن ترى أنه باقتراب الوقت سوف تكون في موضع يجب فيه أن تبحث عن وظيفة أخرى. وفي الواقع فقد اقتنعت خلال هذه العملية بأنها باستطاعتها أن تبدأ في البحث عن وظيفة في الحال بالرغم من أنها سوف تفقد مالها الوفير لو تركت وظيفتها مبكراً. ووجدت أن هذا التدريب يقوي الفكرة التي مضمونها أنها "شعرت بأنها قد سيطرت على الموقف مرة ثانية". ويمكن أن يستخدم هذا الأسلوب في التقليل من احتمالات الارتداد الوقتي، أو الانتكاس في المرحلة النهائية من العلاج لمساعدة العميل في التصدي لمشكلات المستقبل غير المتوقعة.

. العلاج التنفيري Aversive therapy:

وفي هذا الأسلوب ترتبط صورة تخيلية غير سارة مع منبهات تفجر استجابة غير مرغوبة (Cautela, ١٩٦٧)، وذلك يساعد العميل في التقليل أو إيقاف تكرار المرات التي تصدر فيها الاستجابة غير المرغوبة، وقد أعطى ميلنر وبالمر Milner & Palmer (١٩٩٨)، مثالين يمكن أن يستخدما فيهما هذا الأسلوب: عندما يخضع عميل لبرنامج لإيقاف التدخين، يتم تقديم سيجارة من صديق ويقوم في الحال بتصور شكل تكون القطران داخل الرئة، وقد يقلل ذلك من احتمال قبول السيجارة؛ والمثال الآخر في حالة مريضة تخضع لبرنامج للحفاظ على الوزن فيمكن أن تتخيل شخص ما لا تحبه يتقيأ على الطعام الذي تأكله. ويتفاوض المعالج مع العميل حول الصورة الأكثر مناسبة التي ربما

تساعده فى تقليل السلوك غير المرغوب، ويفضل للعميل أن يستخدم أو يختار الصورة غير السارة. ويدرب المعالج العميل خلال الجلسة أن يتصور الصورة السلبية بشكل حى قدر الإمكان، وتبعاً لتأثير العادة والتعود لو استمرت تخيلات وتصورات العميل السلبية لفترة زمنية طويلة، فإن اشمئزازه قد يخبو، لذلك فنحن نوصى أن يُعطى العميل تعليمات بألا يستخدم التخيل البصرى لمدة أطول من خمس دقائق يومياً.

. العلاج بالقراءة Bibliotherapy:

يعتبر العلاج بالقراءة هو مفتاح التدخلات فى العلاج المعرفى السلوكى المختصر، ويشمل استخدام العميل مواد تتصل بالمساعدة الذاتية، مثل الكتب، والشرائط السمعية، والشرائط التلفازية، والأسطوانات المدمجة، والكراسات، حسب اقتراحات المعالج، وذلك يمكن أن يساعد العميل على فهم طبيعة مشكلاته الخاصة وكيفية التعامل معها. وتركز مواد المساعدة الذاتية على كيفية استخدام العلاج المعرفى السلوكى لهذه الأدوات فى علاج القلق، والاكتئاب بكفاءة. (Burns, ١٩٨, ١٩٨٩)، كما يمكنه قراءة نصوص أدبية كواجبات ومهام منزلية بين الجلسات. ومن المهم للمعالج أن يتناول أى قضية أو أى سوء فهم قد يظهر خلال الواجب المنزلى ويتم مناقشته فى الجلسة التالية. وإحدى الفوائد لهذا النوع من التدخلات هو أنه يكون متوافقاً لموقف وإمكانات العميل. ووجد كل من ميلنر وبالمر Milner & Palner (١٩٩٨) أن العملاء الذين يعانون من صعوبات فى القراءة يمكن أن يستخدموا الشرائط المسجلة، أو الشرائط التلفازية، بدلاً من المواد المكتوبة ومهما يكن، فالمعالج يحتاج إلى أن يكون لديه مكتبة عن مواد المساعدة الذاتية مثل الكتب، والمواد المتعلقة بالصحة، وشرائط التسجيل المسموعة والمصورة، رخيصة الثمن، حيث يمكن للعميل أن يستعيرها أو يشتريها.

. عبارات التصدى للمشكلات Collapsed Coping Statements:

عندما يقوم العميل بتطوير بعض جمل المواجهة المساعدة، فهو يكون مستعداً دائماً لمواجهة مشكلاته، ولو كانت هذه العبارات طويلة يصعب تذكرها عندما يواجه العميل ضغوطاً ما، أو عندما يشعر بالقلق، وهناك معتقدات إيجابية مساعدة تكون فى حاجة لأن تكون قصيرة ويفضل أن تكون العبارة هنا مكونة من كلمة أو كلمتين، حيث تحمل معنى شخصياً للعميل وسهلة التذكر فى الوقت نفسه، فمثلاً: كانت "سارة" قلقة بشأن إعطاء عائد لزملاءها عن قضية تسلمتها وكان معتقدها "لو لم أحظ بقبول الآخرين وتقديرهم فأنا عديمة الفائدة ولا أمل منى" والمعتقد الإيجابى الذى توصلت إليه هى والمعالج كان "برغم أنى أحب استحسان الآخرين ورضاهم فإننى لا أحتاجه، وذلك لا يعنى أنى عديمة الفائدة"، وهنا شعرت "سارة" بالارتياح بتوصلها للمعتقد الإيجابى ويطلب منها المعالج بعد ذلك أن تقوم بتفنيد هذه العبارة واختصارها بحيث تحتفظ بمضمون الرسالة الأساسية داخل عقلها، وبهذه الطريقة تصبح العملية شديدة الخصوصية حيث يُسمح للعميل أن يفكر فى عبارات قوية ومؤثرة ذاتياً دون وجود عناصر ومكونات كثيرة، وفى هذا المثال اقترحت "سارة" كلمة جازمة ذات دلالة شخصية لها حيث يمكنها تذكرها فى أى وقت. ومن المهم للمعالج أن يفحص مع العميل كيف أن العبارة التى تم تفنيدها قد تساعده فى الموقف. وبالنسبة لم "سارة" فقد تم توصيل الرسالة القوية المؤثرة من خلال كلمتين فقط بأنها لا تريد استحسان الآخرين لكى تعيش ولو أن أحد الأعضاء كان مستاءاً خلال الموقف، فإن ذلك سيكون مشكلته هو وليس مشكلتها. واستخدمت "سارة" كمهام بين الجلستين أسلوب التخيل التوافقى لتتصور أداءها، ورؤية عدم استحسانها خلال الاجتماع وبالمثل تتخيل أنها تقول وبصوت مرتفع فى عقلها الكلمة الجازمة التى اختارتها. لكن قد تم تحذيرها من أن تتلفظ بذلك بصوت عال ولو عن طريق الصدفة فى مواقف الحياة الفعلية.

. التخيل المضاد **Coping imagery**:

يسمح هذا الأسلوب للعميل بأن يتخيل نفسه يواجه موقفاً صعباً متوقعاً، ويستخدم في عديد من المواقف فمثلاً: أن يصبح الفرد مؤكداً لذاته مع آخرين مهمين له، واختبارات القيادة، والتحدث أمام جمهور، ومواقف الامتحانات. وفي البداية يتناقش المعالج مع العميل حول أي السلوكيات قد يكون أكثر ملاءمة ويمكن استخدامه في هذا الموقف الخاص (Milner & Palner, ١٩٩٨) . وبمجرد الاتفاق على ذلك يقوم العميل بإغلاق عينيه ويتخيل نفسه في الموقف منذ بدايته حتى نهايته، وهنا تكون المواجهة هي مفتاح هذا الأسلوب، وليس التحكم والتغلب على الموقف، حيث يعتقد عديد من العملاء أنهم لا يمكنهم أن يواجهوا مشكلاتهم حالياً، ولو حدث ذلك، فيجب أن يتعلم كيف أن التوافق مع الشدائد والمحن ومواجهتها هو أكثر واقعية، فمثلاً: العميلة التي تشعر بالقلق تجاه تقديم عرض عن عملها لزملائها في العمل يجب أن تشعر بأنها ستؤدي أداءاً جيداً ولكنه ليس رائعاً وممتازاً، ولو كان أحد مخاوفها يتعلق بضعفها في الإجابة عن الأسئلة الصعبة، وستتخيل أن ذلك يحدث لكنها ستجد طريقة ما للتعامل مع الموقف بأن تقوم مثلاً بقول "أنا لست متأكدة من الإجابة عن هذا السؤال المتخصص، وسوف أتصل بك بعد الاجتماع ومعي الإجابة الصحيحة". وسوف يتدرب العميل بانتظام ويكرر ذلك في صورة مهام منزلية. ولو تحدث المعالج للعميل أثناء التخيل البصري خلال جلسة التدريب كمساعدة له فيمكن تسجيل ذلك على شريط تسجيل ويستخدمه العميل أثناء أداء المهام بين الجلسات.

. أسلوب تحليل المكسب والخسارة **Cost-benefit analysis of benefits**:

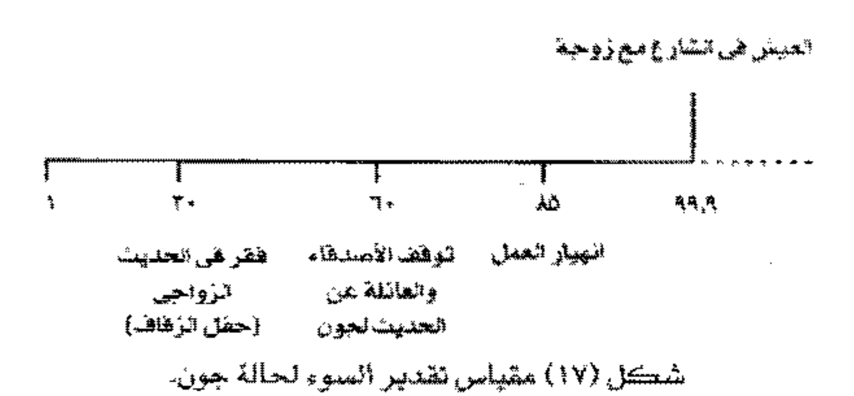
يعتبر تحليل المكاسب والفوائد للتخلي عن سلوك أو عادات سلبية، إجراءاً مهماً في إطار العلاج السلوكي، إذ يساعد العميل على تقييم ما إذا كانت هناك قيمة ما من الاستمرار في سلوك ما. وفي العلاج المعرفي

السلوكى يتم التركيز أكثر على الفوائد الخاصة بكل من المعتقدات الإيجابية والسلبية (المساعدة وغير المساعدة). وعندما يتم تحديد المعتقدات غير المساعدة تدون فى النموذج (١) (انظر ملحق رقم ٧)، ثم يقوم كل من المعالج والعميل بتدوين الفوائد أو المكاسب، وكذلك الخسارة من هذا المعتقد ثم تطوير معتقد أكثر إيجابية، ويدون أيضاً فى نموذج (٢) (انظر ملحق ٨)، وهكذا يتم تكرار العملية مع التركيز على الفوائد والخسارة من المعتقد الإيجابى المساعد الجديد، ويساعد ذلك العميل فى إدراك الفائدة من التخلى عن المعتقد غير المساعد، وتقبل الفوائد الإيجابية المساعدة ويمكن استخدام هذه الطريقة مع كل من الأفكار الآلية، وأخطاء التفكير، وكذلك المعتقدات الوسيطة والمحورية. ويجب توفير الوقت الكافى لإكمال النموذج (١)، وفى بعض الحالات قد تكون هناك فوائد كثيرة قد يساعد الاستمرار فى التدريب على إظهارها، أو يعكس جانباً من حسناتها، وقد يستمر التدريب فى هذا الجزء حتى ثلاثين دقيقة، ولو كان الوقت المتبقى من الجلسة لا يسمح أو غير كافٍ لإكمال الجزء الثانى (النموذج ٢)، فيتم إعطاؤه للعميل على أنه جزء من المهام المنزلية بين الجلسات. ويتم إكماله فى الجلسة التالية، ومن المهم فى البداية أن يرشد المعالج العميل فى كلا النموذجين ليتأكد من مدى فهمه لكيفية استخدامهما، وتبعاً للبساطة، والطبيعة العملية لهذا التدخل، فهو يعتبر ممتازاً بالنسبة للعلاج المعرفى السلوكى المختصر، وعندما يتم تدريب العميل على هذه النماذج جيداً، فيمكنه استخدامها لاحقاً كأحد أدوات المساعدة الذاتية بين الجلسات.

. متصل تقليل الكوارث De-catartrophizing contmuam:

عندما يبدو أن العملاء وبوضوح أنهم يبالغون فى النتائج السلبية للأحداث سواء أكانت واقعية، أم مفترضة (إستباقية)، فهم غالباً ما يقعون فى أخطاء التفكير مثل المبالغة، والتفكير الثنائى، والكل أو اللاشئ، وذلك بدلاً من

مجرد النظر للنتائج المحتملة على أنها صعوبيات لكنها ليست نهاية العالم، وغالباً ما يستخدمون عبارات من قبيل "إنها نهاية العالم"، "ذلك سيكون فظيعاً ومروعاً"، "مرعب"، "رهيب"، "مريع"، أو ربما يستخدمون كلمات ذات معنى دلالي أو عبارات قصيرة تؤدي المعنى نفسه "تباً" "اللعنة". وتقليل الكوارثية هو أسلوب يوضح للعميل أنه بالرغم من أن الأشياء السيئة تحدث إلا أنها نادرة، (ولو حدثت) فهي ليست نهاية العالم مثل السيئ والأسوأ. وباستخدام نموذج متصل قياس السوء continuum of badness scale form بمدرج يبدأ من ١ — ٩٩،٩، يُطلب من العميل أن يبين مدى سوء الموقف المتوقع، ويوصى في هذا الصدد بأن يستخدم المعالج صفحة من الورق الأبيض الواسع أو سبورة بيضاء لإجراء التدريب (انظر شكل ١٧)، في حين أن السبورة البيضاء تسمح بأن يكون التعديل أكثر سهولة.



شكل (١٧) مقياس تقدير السوء لحالة جون.

والمقطع التالي من جلسة واقعية علاجية يوضح كيف يقوم المعالج بتقليل كوارثية عميل من خوفه من أن يكون غير جيد، وأن يلقى حديثاً سيئاً في حفل الزفاف.

جون: سوف يكون مروعاً حقاً لو لم ألق حديثاً جيداً لأحد أصدقائي وزملائي القدامى في حفل زواجه. أشعر بقلق شديد حيال ذلك والآن أفكر في أن أعتذر له ولا أذهب لحفل الزواج.

المعالج: جون، لو شعرت بأنك أقل قلقاً حول إلقائك حديث فهل تشعر بتحسن في أنك تريد الذهاب.

جون: بالطبع.

المعالج: لو استطعت أن أريك أن ذلك لن يكون مروعاً لو أنك ألقيت حديثاً متوسطاً أو حتى دون المتوسط فهل يشعرك ذلك بتحسن.

جون: أعتقد ذلك لكن لا أعرف كيف تستطيع مساعدتي.

المعالج: هل تحب أن تستكشف هذه القضية بشكل أكثر تفصيلاً؟

جون: جيد، فهي تستحق المحاولة.

المعالج: عندما تشعر بأنك حقاً قلقاً من إلقاء حديث، فعلى مقياس من ١ – ٩٩,٩ حيث ٩٩,٩ هي منتهى السوء، فماذا تعطي وتقدر مدى السوء من ذلك؟

جون: سيكون ٩٩,٩ ليقوم المعالج برسم خط على مقياس السوء لكي يمثل مدى سوء الحديث!.

المعالج: أفضل أن ألفت انتباهك بشكل منطقي أنك في هذه اللحظة حيث تكون قلقاً تماماً فأنت تعتقد أنه لا يوجد شئ ما أسوأ يمكن أن يحدث لك حيث أنك سجلت ٩٩,٩؟

جون: همم، أعتقد ذلك.

المعالج: فكر فقط في اللحظة الراهنة، هل يمكن أن يحدث شئ أسوأ؟

جون: لو لم أتحدث بشكل جيد فقد لا يكلمني صديقي أو أهله مرة ثانية.

المعالج: دعنا نفترض أن ذلك حدث، فكيف ستضعه على مقياس من ١- ٩٩,٩ من السوء؟

جون: في نهاية المتصل مرة ثانية ((١٥٠ .

المعالج: لكن جون، أنا قلت سابقاً أن ..... .

جون: أعلم ما ستقوله، إنك لا تستطيع أن تذهب أكثر من ٩٩,٩، وأن عدم كلامهم معى يجب أن يكون أيضاً ٩٩,٩ (المعالج يضيف هذه الدرجة للمقياس).

المعالج: جيد، تبدو وكأنك بدأت تعرف هذا الأسلوب. دعنا نفترض أنهم لن يتكلموا معك ثانية. ما يمكن أن يحدث أيضاً أسوأ من ذلك؟

جون: أنا لم أخبرك أنه شريكى فى العمل لو توقفنا عن الكلام سوف ينهار العمل؟

المعالج: كيف يكون ذلك سيئاً وإلى أى درجة؟

جون: ٩٩,٩ (أضاف المعالج هذه الدرجة للمتصل).

المعالج: لو إنهار عملك فما هى النتائج المتوقعة؟

جون: أنا وزوجتى يمكن أن نعيش فى الشارع وذلك سيكون مروع للغاية، ٢٠٠ على المقياس أو أكثر.

المعالج: على مقياس من ١- ٩٩,٩ يمكن أن يكون فقط على أقصى درجة ٩٩,٩ (يضيف المعالج هذه الدرجة للمقياس).

جون: يهمهم.

المعالج: هل لاحظت أن كل شئ قمت بإعطائه أعلى درجة فى المقياس. وبالرجوع إلى طريقة تقديرك للأمور فإن إلقاءك حديث ضعيف وغير جيد فى حفل زواج يتساوى مع معيشتك أنت وزوجتك بالشارع بلا مأوى. هل لديك أى فكرة عن ذلك؟

جون: أستطيع أن أفهم قصدك. أن تقديرى ليس واقعياً، هو فى حاجة لإعادة التقدير.

المعالج: أوافقك، دعنا نقوم بعمل واحد آخر، لو تركنا العيش مع زوجتك فى الشارع فى خانة ٩٩.٩ فهنا كم ستقدر انهيار عملك؟

جون: حوالى ٨٥ (المعالج يضيف هذه الدرجة الجديدة للمقياس).

المعالج: ماذا عن صديقك وعائلته الذين لن يتكلموا معك ثانية؟

جون: أفترض أنها فقط تكون حوالى ٦٠ .

المعالج: وأن تلقى حديثاً سيئاً فى حفل الزواج؟

جون: جيد، يمكن أن تكون فقط ٣٠ .

المعالج: ماذا تعتقد حول هدف هذا التمرين ليفحص المعالج مدى فهم العميل لهذا المفهوم الصعب).

جون: عندما أخبر نفسى بأشياء معينة مثل إلقاء حديث سيئ فى حفل زواج سيكون ذلك مروعاً، أجعل نفسى قلقاً (أعمل من الحبة قبة) وأعمل جبلاً من حبة رمل. والأشياء يمكن أن تكون سيئة نسبياً لكنها ليست كذلك على الدوام، وعندما أفكر فى كل الأشياء التى يمكن أن تكون سيئة فى الحياة فذلك سيدفعنى إلى التوتر والانزعاج.

المعالج: أوافقك، فى الواقع أنك الآن تنظر للموقف بشكل مختلف وذلك قد يجعل تعاملك مع المشكلة مختلفاً.

جون: بدلاً من أن أصبح قلقاً من حماقتى أتحاشى التفكير فيها، وبمساعدتك فربما تستطيع أن نناقش محتوى الحديث ثم ننتقل للعمل.

المعالج: تبدو فكرة جيدة لى.

ومتصل تقليل الكوارثية يسمح للعميل بإعادة تقدير مدى سوء المواقف واقعياً وأن يقوم بصياغة المشكلة من وجهة نظره، ويكون ذلك مفيداً أيضاً لو كان العميل أكثر ميلاً للتركيز على التعامل مع المشكلة أكثر من كونه قلقاً أو تشاؤمياً ومتماشياً، وأياً كان فإنه ينبغى توخى الحذر عند استخدام

هذا الأسلوب مع قضايا ومشكلات شديدة الخصوصية وجوهرية، مثل موت أحد الوالدين، فقد الشريك عن طريق الانفصال، فقد ينظر العميل للمعالج على أنه غير حساس وغير متعاطف، وغير متفهم لمشكلته، وقد يؤدى ذلك إلى تسربه من العلاج قبل أن يكتمل.

. أسلوب الجزيرة المهجورة **Deserted island technique**:

من المفهوم أنه ليس كل العملاء يعرفون ويدركون كيف يكون تعديل المعتقدات مفيداً، ولا يدركون مدى أهمية التدخلات المعرفية. وقد طور بالمر Palmer (١٩٩٣)، أسلوب "الجزيرة المهجورة" ليوضح للعملاء أن اعتناق معتقدات غير مساعدة بغض النظر عن الأحداث المثيرة، يمكن أن يؤدى إلى ارتفاع مستوى الاضطراب الانفعالى وتفجر الانفعالات مثل الغضب، والشعور بالذنب، والقلق، والاكتئاب. وقد وصف بالمر Palmer فى جلسة علاجية نموذجية أسلوب الجزيرة المهجورة كما يلى:

المعالج: سوف أعرض لك الآن أسلوب نموذج أ ب ج الخاص بالعلاج المعرفى، فما زلت تبدو غير مقتنعاً بأن أفكارنا ومعتقداتنا ومبادئنا واتجاهاتنا تعزى إلى كيفية شعورنا بالأحداث الضاغطة ولو كان ذلك واضحاً لك فهل يمكننى قضاء دقائق قليلة أوضح لك كيف تعمل هذه العملية؟

العميل: جيد.

المعالج: (وجدت من المناسب لو ابتعدنا عن مشكلة العميل لتوضح تأثير أفكارنا على ما نشعر به). دعنا على سبيل المثال نفترض أنك تُركت فى جزيرة مهجورة، ولديك كل احتياجاتك مثلاً، كل التجهيزات والطعام ولكن ما لا تملكه على كل الجزيرة هو أنه لا يوجد لك أى أصدقاء، تخيل أنك كنت على هذه الجزيرة ولديك معتقد مفاده "أنا

أفضل أن يكون لدي أصدقاء على هذه الجزيرة معي لكني لا أملك أن يكون لدي واحداً" فماذا سيكون شعورك تجاه موقفك؟

العميل: أفترض أني سأكون منشغلاً بأني ليس لدي أحداً أشاركه في هذا.

المعالج: الآن دعنا نفترض أنك على الجزيرة نفسها لكن هذه المرة سيكون لديك معتقد مفاده "أنا يجب، ويجب حقاً أن يكون لدي أصدقاء على الجزيرة". فكيف ستشعر هذه المرة؟

العميل: (يهمهم)، قلقاً تماماً.

المعالج: دعنا نبقى مع هذا لدقيقة، تخيل فقط أن طائرة تحلق ويقفز منها صديق لك ويهبط بطيئاً نحو الجزيرة المهجورة، الآن تخيل أنك ما زلت تعتنق المعتقد "أنا يجب، يجب بالفعل أن يكون لي صديقاً على الجزيرة". فماذا ستشعر؟

العميل: مرتاح تماماً.

المعالج: دعنا نتخيل بعد فترة من الوقت أنك ما زلت تعتنق المعتقد "أنا يجب، يجب حقاً أن يكون لي صديق على هذه الجزيرة"، ولا تنسى أنك لديك صديق على الجزيرة معك فهل يمكن أن تتنبأ بأن أمراً ما سيحدث، ويمكن أن تصبح محبطاً من جديد؟

العميل: أفترض أن صديقي سوف يرحل.

المعالج: حتى لو كان صديقك معك على الجزيرة نفسها، فبعد فترة من الوقت فربما يعود إليك قلقك خاصة وأنك تخاف أن يرحل صديقك؟

العميل: نعم.

المعالج: أنا أتساءل عن كيف سيكون سلوكك؟

العميل: سوف أكون قلقاً فقط في حالة ما إذا كان راحلاً ومتمسكاً به.

المعالج: وهل هذا يساعد علاقتكما؟

العميل: أشك فى ذلك، وسيفضل الرحيل إذا أتيحت الفرصة.

المعالج: دعنا نغير ذلك ببطء فانتبه، فأنت لا زلت على الجزيرة نفسها، وصديقك معك، وفى هذه المرة لديك المعتقد "أنا حقاً أفضل أن يكون لى صديق معى على هذه الجزيرة لكن لا أملك أن يكون لدى واحد" فهل ستشعر بالقلق هذه المرة.

العميل: لا.. سوف أشعر بتحسن أكثر.

المعالج: لماذا (المعالج يتفحص مدى فهم العميل للنموذج).

العميل: لأننى لم أصر على أنه يجب أن يكون لدى صديق معى.

المعالج: هل ترى أننى فى كل مثال وضعت لك موقفاً مشابهاً؟ وأن الاختلاف الوحيد كان فى معتقدك، وأن المعتقدات المختلفة تولد وتستثير انفعالات متباينة الشدة، ومن المحتمل أيضاً أن تؤدى إلى سلوكيات مختلفة. ومعتقد "يجب" يؤدى بك أن تشعر بأنك قلق تماماً فى حين أن المعتقد الأكثر مرونة فى التفضيل يجعلك تشعر بالانشغال أو الاهتمام فقط.

العميل: نعم.

ومن خلال خبرتنا بأسلوب الجزيرة المهجورة، قد تمكن كثير من العملاء رؤية كيف أن المعتقدات الجامدة والقواعد الصارمة تؤدى إلى مزيد من الاضطراب الانفعالى أكثر من القواعد والمعتقدات المرنة، ويلقى الأسلوب الضوء أيضاً على كيف أن المعتقدات تتدخل بشكل كبير فى مستوى إحباط الفرد وليس بالضرورة الموقف نفسه، ويتم توضيح ذلك من خلال سؤال العميل أن يعلق مشكلاته وقتياً ويستخدم مثالاً لا يكون متورطاً به انفعالياً لذلك فيمكنه أن يقف بعيداً عن المشكلة ويمكنه فحص تأثير المعارف على الانفعالات. ومن المهم التأكد من أن العميل قد فهم النموذج وإلا سيترتب على

عدم فهم العميل لماذا قام المعالج لاحقاً بقضاء وقت فى الفحص والتساؤل عن المعتقدات غير المساعدة. ومن الممارسات الجيدة الحصول على عائد من العميل عن طريق الطلب من العميل أن يقوم بشرح المثال السابق، وبمجرد أن يتأكد المعالج من أن العميل فهم النموذج تكون الخطوة التالية، هى تقييم الأفكار الآلية لدى العميل، وكذلك المعتقدات غير المساعدة. وفيما يلى عرض لمقطع من إحدى الجلسات العلاجية بصدد التقييم، ونلاحظ من خلالها عن قرب استخدام الاقتصاد اللفظى verbal economy من المعالج عند تحديد المعتقدات غير المساعدة:

المعالج : قد وافقت على أن أسلوب أو نموذج الجزيرة المهجورة وضح كيف أن القواعد والمعتقدات الجامدة تؤدى إلى مستويات عالية من الضغوط.

العميل : نعم.

المعالج : الآن، لو رجعنا إلى مشكلتك الخاصة بتقديم عرض لمجلس المدراء فماذا تظن أنك ستقول لنفسك لتضيف ضغوطاً على الموقف الصعب أصلاً؟ [المعالج يفحص ويختار القواعد الجامدة والمعتقدات غير المساعدة].

العميل : يجب أن أؤدى أداءاً رائعاً.

المعالج : ولو لم تؤد أداءاً رائعاً، فماذا ستكون النتائج [المعالج يقيم النتائج المتوقعة].

العميل : سيكون ذلك مزرياً، ومرعباً، ومروعاً تماماً [مثال للقطبية، والكوارثية].

المعالج : هل ستستطيع أن تتقبل نفسك كشخص؟ [المعالج يفحص المعتقدات المحورية، والعنونة].

العميل : لا.. سأكون فاشلاً تماماً لمثال على العنونة. يقوم المعالج بعمل ملاحظات حتى يتمكن فى نهاية الجلسة من تحديد ما إذا كان تلك معتقدات محورية أم لا !.

المعالج : كما أخبرت نفسك (المعالج يكتب أ، ب تفصيلاً على سبورة بيضاء).

أ) تقديم عرض.

ب) يجب أن أقدم عرضاً رائعاً، وإذا لم أقم بذلك سيكون ذلك مروعاً تماماً وسوف أكون فاشلاً كلياً.

ج) قلقاً تماماً.

كيف ستشعر؟

العميل : قلقاً جداً (يكمل المعالج أ ب ج على السبورة انظر فوق).

المعالج : هل سيساعدك ذلك فى الأداء؟ (المعالج يفحص النتائج السلوكية ويدعم أن السلوك غير مساعد وغير موجه لهدف).

العميل : لا. سأصبح قلقاً فلا أستطيع التفكير أو التحدث بشكل جيد.

المعالج : هل تعتقد أنه من المناسب أن تفحص المعارف مشوشة الهدف كما سميتها Task interfering cognitions (TICs) وربما تعدلها إلى المعارف الموجهة لهدف Task oriented cognitions (TOCs) لتساعدك فى تقليل القلق، وتبقى مركزاً على المهمة وربما تؤدى جيداً؟

العميل: تبدو فكرة عظيمة بالنسبة لى.

ومن المهم ألا نضع من خلال الحديث الاستعارى Metaphorically speaking الكلمات فى فم العميل، لكن نساعده من خلاله على استكشاف أخطاء التفكير التى يقع فيها عندما يكون مضطرباً انفعالياً. واستخدام الاقتصاد اللفظى من خلال التساؤلات القصيرة، والأسئلة الاستفسارية، يساعد فى

تركيز بؤرة تفكير العميل ويجنب المعالج إخبار العميل كيف يفكر، وتساعد هذه الطريقة أيضاً العميل الذي يواجه صعوبة في تحديد أفكاره الآلية في اكتشافها بسرعة، وبمجرد تحديد أخطاء التفكير والمعتقدات غير المساعدة، يحصل المعالج على موافقة نهائية من العميل لفحصها بطريقة أكثر عمقاً، ولو كان هناك وقت كاف في الجلسة يتم تعليم العميل كيف يناقش صدقها. وكما يستخدم أسلوب الجزيرة المهجورة دائماً خلال المرحلة العلاجية المبدئية فإنه يوصي أيضاً بتسمية كل نوع من أنواع أخطاء التفكير.

. كتابة الخطابات **Letter writing**:

في بعض الأحيان، يكون بعض العملاء عاجزين عن التعبير عن مشاعرهم تجاه شخص معين أثناء جلسة العلاج، فقد يكونوا شديدي الخجل من أن يشركوا المعالج في معتقداتهم الخاصة، خاصة لو كانت تتعلق بصفات أو عنونة شخص ما، ومن المناسب أن نطلب من العميل في مهام ما بين الجلسات، أن يكتب خطاباً لشخص ما، مع توضيح أنهم لن يرسلوه. ويؤدي ذلك في كثير من الأحيان إلى أن يتمكن الشخص من التعبير عن أفكاره ومشاعره، ويُعد ذلك إجراءاً خاصاً يتبع مع الحالات التي تعاني من الحزن الشديد، أو الاعتداء (الاغتصاب). ويمكن أن يقوم المعالج والعميل بمناقشة محتوى الخطاب في الجلسة التالية ويتم فحص المعتقدات غير المساعدة المتصلة به. وفي بعض الأحيان قد لا يرغب العميل في أن يشترك المعالج في مناقشة الخطاب، ولو حدث ذلك فيمكن أن تسأل العميل عن الفائدة التي حصلها من مروره بالتجربة.

. التخيل الدافعي **Motivation imagery**:

طوّر كل من بالمر ونينان Palmer & Neenan (١٩٩٨) تصورات عدة عن تخطيط الوقت (انظر: Ellis et al., ١٩٨٨, Lazarus, ١٩٨٤) للمساعدة في زيادة

دافعية العملاء المقاومين وتشجيعهم لمواجهة مشكلاتهم والتعامل معها (انظر: Mehner & Palmer, ١٩٩٨; Neenan & Palmer, ١٩٩٨) ويطلب من العميل في البداية أن يتصور مستقبله على أساس تحاشي المشكلات وسيتضمن هذا التصور كل المساوئ المتصلة به، ثم يُطلب من العميل أن يعكس هذه الصورة بنظرة أخرى لمستقبلهم، على أساس التعامل مع مشكلاتهم، وهذا التخيل التمثيلي سوف يشمل كل المكاسب المحتملة. ويكون هذا الأسلوب مناسباً عندما يكون العميل غير مستعد لمواجهة مخاوفه، أو تنقصه الدافعية لذلك. وثبت أن هذا الأسلوب ذو كفاءة في مساعدة العملاء في المرحلة قبل التخيلية من العلاج وقد يكون أيضاً متعارضاً مع المرضى الذين يعانون من الأفكار الانتحارية، أو الذين يعانون من الاكتئاب الحاد. ويعرف أيضاً هذا الأسلوب باسم "إجراء التخيل المزدوج" Double imagery procedure وكذلك "تخيل الكسل في مقابل الفعل" Inaction versis action imagery . (Palmer & Neenan, ١٩٩٨)

. التخيل الإيجابي Positive imagery:

لتعزيز حالة الاسترخاء، يقوم العميل في هذا الأسلوب بتصور منظر حقيقي، يجده إيجابياً أو ساراً، ومن المهم مناقشة العميل فيما يجده ساراً في هذا المنظر، وعندما يتم البدء في تنفيذ الإجراء يقوم المعالج بتعزيز التخيل البصري للعميل بأن يطلب منه التركيز على تصورات معينة، ويتم تشجيع العميل بانتظام على أن يستخدم هذا الأسلوب لو كان من شأنه أن يؤدي إلى خفض القلق، وكذلك خفض مستويات التوتر العضلي. ولما كان هذا الأسلوب أحد أساليب الإلهاء المعرفي فهو يعد مناسباً في إدارة حالات الألم المزمن وكذلك يمكن أن يساعد في مواجهة الاكتئاب، والمشكلات ذات المستوى المتوسط.

. التخيل العقلانى الانفعالى Rational - emative imagery:

أُخذ هذا الأسلوب من العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى، ورغم وجود عديد من المراجعات للأسلوب، سوف نعرض المراجعة الأحدث التى يمكن أن تتكامل مع أسلوب العلاج المعرفى السلوكى (انظر: Ellis, ١٩٧٩). وفى مراجعة مالتسبى Maultsby (١٩٧٥)، تم إعطاء تعليمات للعميل بأن يتخيل موقفاً مخيفاً ويعيده تلقائياً لنفسه بفاعلية (بشكل مسموع داخلياً وذلك يعتمد على الموقف)، ويتم التفاوض مع العميل حول عبارات للتصدى للموقف، ويساعد ذلك العميل فى أن يخبر مستوى أقل من القلق، وكذلك يُعده للموقف الصعب، وأيضاً يستخدم فى مساعدته فى تخيل كيفية تصرفه فى موقف قريب. وفى الحالة السابقة ربما تكون أهداف العميل هى أن يكون أقل شعوراً بالذنب، أو الخجل، ومن المهم للعميل أن يمارس الأسلوب فى بداية الجلسة للتأكد من أن الانفعال المستهدف أقل شدة. وتقدير مستوى الانفعال قبل وأثناء وبعد الممارسة يساعد المعالج فى أن يقدر ما إذا كان تم اختيار عبارات مناسبة للتصدى، ولو ظل التقدير ثابتاً خلال الممارسة فربما تكون عبارات التصدى فى حاجة إلى أن تستبدل.

. أسلوب الزيادة Step-up technique:

يستخدم هذا الأسلوب فى حالة ما إذا كان العميل قلقاً من حدث مستقبلى محتمل، ويبدو وكأنه صعب المنال، ويكون المعتقد الأساسى صعب التحديد (Lazarus, ١٩٨٩)، ويتم إعطاء تعليمات للعميل أن يتخيل الموقف المخيف ظاهراً وحقيقياً، وواقعياً، ويكون ذلك مساعداً للعميل فى الوصول للسبب الأساسى للخوف والقلق، ومن الملائم فى بعض الأحيان أن نطلب من العميل أن يزيد من المنظر بأن يتصور بصرياً أسوأ النتائج المحتملة، وهنا يبدأ كل من المعالج والعميل فى التفكير فى كيفية التعامل مع الموقف، وتبعاً لذلك يُطلب من العميل أن يكرر التمرين مستخدماً طرائق المواجهة الجديدة التى طورها،

وغالباً ما يدرك العميل أن أسوأ مخاوفه غير محتملة الظهور، ولو حدث ذلك فإنها تكون غير مهددة للحياة ويمكن التعامل معها.

. تصور إسقاط الزمن (تغيرات الزمن) Time projection imagery:

يرشد هذا الأسلوب العميل أن يعود بالزمن إلى الوراء، أو أن يمر به للأمام، لكي يعيش الأحداث السابقة مرة ثانية، أو أن يرى الأحداث الراهنة وقد تم التغلب عليها في وقت ما في المستقبل (Lazarus, ١٩٨٩)؛ فمثلاً قد يكون العميل قلقاً من أن يصبح عمالة زائدة فيطلب منه أن يتخيل نفسه بعد ستة أشهر في المستقبل، ويصف ما يقوم بعمله، ويتم إعادة التدريب باستخدام مدة سنة، وسنتين، ومن المحتمل أن تصل إلى خمس سنوات مستقبلاً، وعادة يصبح فقد الوظيفة أقل أهمية في المستقبل. أما في حالة فقدان الشريك، فيتخيلون أنهم يبدأون في علاقات جديدة على الرغم من أن ذلك قد يحدث بعد عام أو عامين في المستقبل. وفي هذه الأمثلة لو كان العميل عاجزاً عن أن يرى إيجابية المستقبل، فيمكن للمعالج في هذه الحالة أن يطلب من العميل أن يتخيل آخرون يتقدمون لوظائف جديدة، أو يقابلون أناس جدد. وهكذا، ويساعد هذا الإجراء بوجه عام في رفع مزاج العميل مع ترسيخ الشعور بالأمل، ويسمح أسلوب السفر عبر الزمن time trepping بشكل ارتدادي (للوراء) للعميل بأن يخفف من وطأة الأحداث السابقة ويضعها في تصور ما أقل شدة وتأثيراً.

. إيقاف الفكرة Thought stopping:

يمكن أن يمر العملاء في مرحلة بداية العلاج بصعوبة في إيقاف الأفكار، أو الصور والتخيلات أو التحكم بها، عما يشعرون بأنه يقلقهم بشدة. ويُطلب من العميل خلال الجلسة أن يستحضر الأفكار والصور القهرية (Salkovsks & Kerk, ١٩٨٩) وبمجرد أن يثيرها يقوم المعالج بعمل ضجة شديدة مثل التصفيق بيديه بشدة، أو أن يصيح "قف" ويوجه العميل وأن يقوم بأداء

الفعل نفسه. ويفترض أن يساعد هذا الأسلوب في إيقاف الفكرة غير المرغوبة، ويتم تكرار التدريب بصوت منخفض تدريجياً حتى يستطيع العميل إيقاف الفكرة دون الحاجة لعمل أي ضجة خارجية. ويُمارس هذا الإجراء خلال الجلسات العلاجية عدداً من المرات قبل أن يشرع العميل في أدائه كمهام بين الجلسات. ويتضمن أحد الأساليب أن يضع العميل طوقاً مرناً حول معصمه ويقوم بشده عند ظهور الفكرة، ويشتت الألم الناتج العميل عن مسار أفكاره السلبي، أو يشتت الصورة التي تسبب اضطراباً. وتوجد طرائق أخرى لأسلوب إيقاف الأفكار تتضمن أن يتخيل العميل علامة توقف الطريق، أو إشارة الضوء الأحمر المرورية، أو منظراً ما يسبب الاسترخاء. (Lazarus, ١٩٨٩)

. الاقتصاد اللفظي Verbal economy:

يعتبر الوقت عاملاً حاسماً، والإيجاز هو كلمة السر في العلاج المختصر (Lazarus & Fag, ١٩٩٠) وقد افترض هويت Hoyt (١٩٨٩) أن المعالج يجب أن يقدر الدقيقة، ولو أخذ المعالجون هذا المبدأ على محمل الجد فسوف يكون من المهم استخدام "الاقتصاد اللفظي" وبكلمات أخرى يستخدم المعالجون الحد الأدنى من الكلمات، أو العبارات لتوصيل الرسالة، أو تعليم فكرة معينة، أو تطوير تصور معرفي، أو فحص ومناقشة معتقد... إلخ. ولصقل هذه المهارة يوصى بأن يقوم المعالجون بتسجيل عملهم، وبعد ذلك يقوموا بالاستماع لها بشكل جيد للملاحظة جلساتهم العلاجية ويستطيعوا من خلالها تقرير كيف يصبحون أكثر كفاءة (انظر ص ٢٠٧، ٢٠٨ كمثال على الاقتصاد الرمزي).

. التدخلات السلوكية Behavioral intervention:

التعاقد: التحالف Contracting:

يقوم المعالج في هذا النوع من التدخلات بإبرام عقد رسمي مع آخرين ذوي أهمية للحالة مثل أفراد الأسرة، أو زملاء العمل، وذلك بهدف إحراز التغير

السلوكى الإيجابى الذى يطمح إليه كل منهما من قبيل التوقف عن النحيب، أو التوقف عن التدخين، أو الاستمرار فى حمية (Nark, ١٩٨٠)، ومن المهم أن تكون السلوكيات الهدف سهلة الإعادة والتكرار، وأن يتفق على أنها إيجابية من كل الجوانب، ومن المناسب للأعضاء المشاركين أن يقوموا بكتابة السلوكيات المتفق عليها بمصطلحات واضحة ومحددة. ويؤكد المعالج أن كلا الطرفين يجب أن يعملا معاً كفريق، وأن يذكر كل منهما الآخر بفوائد التغيير.

. تحليل تكاليف الفائدة عن السلوك والعادات:

Cost benefit of behavior or habits

يساعد المعالج العميل من خلال هذا الأسلوب على أن يقدر سوابق الاستمرار ولواحقه فى سلوك ما، أو عادة معينة يريد تغييرها أو تبديلها، ولدعم هذه العملية يدون العميل فى نموذج (ملحق ٩) السلوك الهدف من التغيير ويتم تدوين المكاسب والخسارة من الاستمرار فى سلوك، أو عادة ما، فى العمود المناسب لذلك، وكذلك يتم فى نموذج ٢ [ملحق ١٠] فالسلوك الجديد المرغوب تغييره يتم تدوينه، وكذلك الفوائد والخسارة المترتبة على التغيير، ويساعد هذا الأسلوب ذى المرحلتين العميل على أن يركز على الفوائد من التغيير، ويستخدم أيضاً هذا الاسلوب من قبل المعالجين ذوى الخبرة لمساعدة عملائهم فى تغيير الأفكار الخاصة بالانتحار، وعدم تكرار محاولات الانتحار.

. التعرض بالهادية Cue exposure:

يتم تعريض العميل للإغراء temptation أو بالهاديات cue لتمكينه من اكتساب مختلف طرائق المواجهة والتعايش مع النواتج الاندفاعية الملحة. وقد قدم كل من ملنر وبالمر Milner & Palmer عام ١٩٩٨، المثال على ذلك بالشخص

الذى يأكل بنهم حيث يجلس أمام طبق من طعامه المفضل ويحاول أن يقاوم إلحاح الأكل، وقد يزول الإلحاح وقتياً، ويجب أن يتم استخدام الأسلوب أولاً داخل الجلسة العلاجية حتى يتمكن المعالج من مساعدة العميل أن يطور استراتيجيات توافق ومواجهة للتعامل مع الإلحاح أو الإغراء. ومن المفضل أن يقوم العميل خلال الجلسة بتقدير شدة الإلحاح بمقياس من صفر- ١٠ . وفى المثال السابق يجب أن تتضمن استراتيجيات المواجهة والتعايش كل من التشتيت المعرفى، والصور التنفيرية، والعبارات التوافقية، وأساليب الاسترخاء. ويجب اتخاذ الحيطة القصوى والحذر عند التعامل مع العملاء الذين يأتون للعلاج من استخدام المخدرات حيث تزداد احتمالات انتكاساتهم عندما يكونوا بمفردهم.

. التحكم بالعادة Habit control:

صُمِّمَ أسلوب التحكم بالعادة لتقليل أو إيقاف العادات غير المرغوبة مثل بلل الفراش، ونتف الشعر، وقضم الأظافر، واللجلجة، وما إلى ذلك. فمثلاً العملاء الذين يشدون شعرهم وينتفونه يُطلب منهم أن يطبقون قبضتهم أو يمسكون شيئاً ما عندما ينتابهم إلحاح الشد. ويتطلب هذا النوع من التدخلات إبداعاً من كل من المعالج والعميل لتطوير طرائق جديدة للتحكم فى العادة، وقد تستخدم فى بعض الأحيان أدوات خارجية، فعلى سبيل المثال، عند مساعدة طفل فى إيقاف بلل الفراش، فقد يكون ضرورياً استخدام شاشة العائد الحيوى.

. النمذجة Modelling:

قبل أن يتعهد العميل بالموافقة على مهمة أو تدريب ما، يقوم المعالج بتقديم نموذج للسلوك المرغوب فى خطوات بسيطة، ويوصى بأن يناقش المعالج العميل بتوضيح المهارة المعينة بمعايير مقبولة وليس فى شكل رائع وتام (انظر:

(Milner & Palmer, ١٩٩٥; Palmer & Dryden, ١٩٩٥)، ويمكن للعميل أن يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة (مثل مهارات التواصل) ويقوم المعالج بتقديم العائد المساند والبناء، ويمكن للعميل أن يقوم بتطبيق المهارة في الحياة اليومية الواقعية كمهام بين الجلسات على أن يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية.

. تكاليف الاستجابة أو العقاب والمكافأة:

Response cost or penalty and recuord

هذا التدخل هو أحد طرائق التحكم الذاتي، حيث يوافق العميل على جزاء أو عقاب ما في حالة لم يقم بعمل سلوك معين (Mark, ١٩٨٦)، فعلى سبيل المثال، العميل الذي يرغب في الإقلاع عن التدخين، يوافق على منح بعض المال لأقل الأفراد المقربين إليه (مع استبعاد المقربين جداً) لو قام بالتدخين، ويستخدم هذا الأسلوب أحياناً عند التفاوض ومناقشة مهام بين الجلسات ويطلب العميل تشجيعاً إضافياً في حالة تقليل أو زيادة سلوك معين، وعادة ما يوافق العميل على الجزاء برغم أنه قد يحتاج في البداية إلى تلقي بعض الأفكار من المعالج، ومن المفضل أن يقترن أسلوب العقاب مع أسلوب المكافآت، لذلك فعندما يظهر السلوك المرغوب (بالزيادة أو النقصان)، يقوم العميل بمكافأة نفسه فمثلاً يشاهد برنامجاً تليفزيونياً مفضلاً لديه.

. منع الاستجابة Response prevention:

يستخدم أسلوب منع الاستجابة مع العملاء الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري،(Salkouskis & Kirk, ١٩٨٩) وبالنسبة لهذا الاضطراب بعينه، تكون التدخلات السلوكية جزءاً أساسياً من البرنامج العلاجي. وفي هذا الأسلوب، يُعرض العميل لمثيرات طقوسية أو أفكار، ويحاول أن يقاوم إلحاح أداء هذه الطقوس، وبعد فترة من الوقت يقل القلق بشكل مشابه لبرامج

التعرض التدريجي المقدمة للذين يعانون من المخاوف. ويتم استخدام يوميات الواجبات المنزلية لمراقبة التقدم، وفي المراحل المبكرة من العلاج يُطلب من العميل أن يطيل الوقت قبل أداء الطقوس، وأن يقلل من عدد مرات ممارسة الطقوس، فمثلاً لو كان العميل لديه إلحاح أن يلمس غرض ما ٤٠ مرة، فيتم تشجيع العميل مبدئياً في هذه الحالة على لمسه ٣٠ مرة، ومعظم العملاء لو طلب منهم أن يتوقفوا عن اللمس تماماً فمن المحتمل أن يجدوا ذلك صعباً جداً وتزداد احتمالية حدوث التسرب.

. المراقبة الذاتية والتسجيل Self monitoring and recording:

عادة ما تكون المراقبة الذاتية وتسجيل التقدم عن طريق العميل ذات فائدة، وجزءاً مهماً من العلاج المعرفي السلوكي، وتعتبر يوميات الواجب المنزلي، والمذكرات اليومية (انظر الملاحق) مناسبة ومهمة بشكل خاص، حيث تمكن المعالج من مناقشة التقدم، وكذلك أي صعوبات يمكن أن تكون ظهرت للعميل خلال أداء المهام بين الجلسات.

. التحكم بالمنبه Stimulus control:

يشمل التحكم في المنبه، تغيير البيئة لذلك فلا يكون سهلاً أن يقترب العميل أو يتعرض للمنبه، فمثلاً: العميل الذي يهدف للإقلاع عن التدخين سيقوم بإبعاد السجائر، والمطفأة، والثقاب عن متناول يده، وسيتجنب مؤقتاً زيارة أصدقائه المدخنين. والطالب الذي يهدف للتركيز على دراسته استعداداً للامتحان، سوف يبعد المشتتات عن مكان استذكاره، مثل حاسوب الألعاب، والتليفزيون، والهاتف، وما إلى ذلك من المشتتات، وإضافة لذلك، سيتأكد من أن البيئة المحيطة تساعد على جودة الاستذكار باستخدام ضوء مناسب، ومكتب، أو سطح مستوى ما للعمل عليه وما إلى ذلك.

أساليب الاسترخاء Relaxation techniques:

. الاسترخاء متعدد الأساليب (المحاور) Multimodal relaxation method:

تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة بالمر Palmer (١٩٩٣) ليستخدم في العلاج الفردي، وجلسات العلاج الجمعي، فهو يمد العملاء بمدى من أدوات التدخل المختلفة مثل العلاج التخيلي، والمعرفي، والتي تسمح لهم باكتشاف الأسلوب الأفضل الذي يسبب حالة من الاسترخاء. ويفضل بعض العملاء طرق التثبيت المعرفي، ويفضل بعضهم الآخر التدريبات التخيلية، ويمكن للعملاء بعد ممارسة الطريقة المفضلة للاسترخاء أن يضمنوا أفكارهم في الأسلوب، ويتم استخدام جهاز العائد الحيوى لاستجابة الجلد الجلفانية Biofeedback galvanic skin response instrument لتحديد مدى ملاءمة أسلوب معين من التدخلات. ولأن كل الظروف الطبية ليست معروفة لكل الأفراد، فقد يكون الاشتراك في أسلوب الشد والانقباض العضلي Muscular contraction خطراً في حالة ارتفاع ضغط الدم، ويتم أيضاً تجنب التنفس العميق deep breathing حيث يمكن أن يؤدى إلى تفجر نوبة الهلع لدى بعض الأفراد (Palmer, ١٩٩٢)، ويتم تشجيع العملاء على اختيار صورهم وتخيلاتهم الخاصة، لتحاشى اقتراح المعالج بشكل غير مقصود لصور وتخيلات غير ملائمة قد تفجر مستويات مرتفعة من القلق أو نوبات الهلع، فعلى سبيل المثال، قد يُطلب من العميل أن يتخيل أنه يمشى في الغابة، وقد يبدو ذلك بشكل عام آمناً لكن في حالة ما إذا كانت لدى العميل خبرة سابقة بحادث غير سار في الغابة فقد تكون هذه الصورة غير محتملة أن تؤدى إلى حالة من الاسترخاء. ويوصى كذلك بأن تسجل التمرينات على شريط تسجيل صوتي حتى يمكن للعميل أن يستخدمها خارج جلسات العلاج، ويمكن أيضاً تعديل نهاية النص لمساعدة العميل في الدخول في النوم إذا ما كان يعاني من الأرق أو أي من اضطرابات النوم. ولو كان الأسلوب يستخدم ضمن جلسات العلاج الفردي، فيمكن أن يحدد المعالج مسبقاً الصور

والتخيلات التى يفضل العميل تضمينها فى النص، وقد تم تثميم طريقة الاسترخاء لتستغرق فترة تتراوح من ثمانية إلى عشر دقائق، لذلك يستطيع العملاء وضعها ضمن سياق العمل اليومى رغم انشغالاتهم اليومية. وتبعاً لسير الجلسة يمكن أن يمتد هذا الوقت إذا كان ذلك ضرورياً ، ويشجع العملاء بأن يلتزموا أداء التمارين أثناء جلوسهم على كرسى حتى يمكنهم نقل المهارة إلى مواقف أخرى مثل أماكن العمل، أو الجلوس، أو حتى الوقوف فى القطار. وفى معظم التدريبات لا يكون العملاء بحاجة لإغلاق أعينهم، ومع الانتظام فى التدريبات يستطيع العملاء دائماً استخدام الطريقة كأسلوب سريع للاسترخاء حيث يكون مساعداً لهم قبل وأثناء المرور بمواقف ضاغطة ، وفى الواقع فهذا هو أحد أهداف الاسترخاء المشروط حيث يتعلم العميل أن يسترخى استجابة لمنبهات ذاتية خاصة، ويجد بعض العملاء أن من خلال التنفس العميق، وتكرار الرقم (١)، أو كلمة (استرخى) فى عقولهم أثناء عملية الزفير أنهم يستطيعون الاسترخاء سريعاً ، بينما قد يحتاج آخرون إلى التركيز على الصور المسببة للاسترخاء لذلك فالمحاولة والخطأ تعد مرحلة مهمة أثناء استكشاف العميل وتكيفه للأسلوب حيث يكيفه حسب متطلباته الخاصة. ومن المهم ـ كما هى الحال فى عديد من الأساليب ـ أن نوضح للعميل كيف يعمل الاسترخاء فهو يؤدى إلى تحول حالة القلق بتنشيط الجهاز العصبى اللاسمبثاوى الذى يساعد الجسم على الاسترخاء، ويساعد على الهضم، ويقلل ضربات القلب، وضغط الدم، ويوفر الطاقة. ومثله مثل أساليب الاسترخاء الأخرى، فأسلوب الاسترخاء متعدد المحاور يوصى به للعملاء الذين يعانون من القلق خاصة ، والصداع التقليدى العام، وضغط الدم المرتفع الجوهرى، وارتفاع ضغط الدم العصبى، واضطرابات فرط الاستثارة (مثل اضطرابات ما بعد الصدمة)، والقولون، والأرق، وزملة اضطرابات المعدة والأمعاء، والصداع الوعائى التوترى، والتوتر الجسدى، والاضطرابات النفسية الجسمية، والسلوك المرتبط بنمو الشخصية (أ). ويمكن أيضاً أن يساعد فى التحكم فى

مشاعر عدم الراحة العامة فى حالة العملاء الذين هم بصدد التوقف عن التدخين (Palner & Dryden, ١٩٩٥) ومبدئياً سيحتاج العملاء إلى ممارسة هذا الأسلوب يومياً كواجب منزلى للحصول على فائدة ما، ويوصَى بإكمال يوميات الإسترخاء Relaxtion diary لمراقبة التقدم (ملحق ١١) بعد الشروع فى ممارسة الاسترخاء ويمكن للعميل أن يحضر يومياته لجلسة العلاج التالية ويعرض مدى تقدمه، وكذلك الصعوبات التى واجهته ويناقشها مع المعالج.

. الاسترخاء التصاعدى Progressive relaxation:

يعتبر أحد الأنواع المبكرة من الاسترخاء، وغالباً ما تناولته البحوث السابقة، وقد تم تضمينه فى هذا الفصل كأسلوب يمكن أن يكون مناسباً لو لم تثبت الطرق الأخرى كفاءة. وطور جاكوبسون Jacobson عام ١٩٣٨ أسلوب الاسترخاء التصاعدى الذى اشتمل على تعليم العملاء أن يقوموا بالشد لمختلف المجموعات العضلية لمدة ٦ ثوانى تقريباً، ثم يقوموا بإرخائها لأطول فترة ممكنة، وكان الأسلوب يحرز تقدماً كبيراً فى حينه، وأياً كان فإن الإجراءات المتعلقة به تستغرق جلسات تدريبية عديدة، وتكون مستهلكة للوقت، وقام كل من وولبه ولازاروس Walpe & Lazarus (١٩٦٦) بصقل واختصار العملية، وكانت تدريبات الاسترخاء تقع فى أربعة مناطق أو أربعة أجزاء: استرخاء الذراعين / منطقة الوجه مع الرقبة والكتفين مع منطقة أعلى الظهر / الصدر والبطن وأسفل الظهر / الأوراك. والأفخاذ والأرجل. ويتبع ذلك استرخاء كامل للجسم. ولأن الأسلوب متكرر، ويتطلب وقت فراغ له سيتم فقط فى الفقرة التالية وصف الاسترخاء التصاعدى للذراعين فقط:

"اجلس وظهرك مرتاحاً قدر استطاعتك، دع نفسك مسترخياً بأفضل ما لديك من قدرة.. والآن فى وضعك الحالى من الاسترخاء. ضُم قبضة يدك اليسرى.. فقط ضم قبضة يدك أكثر وأكثر، لاحظ التوتر والشد أثناء ذلك.. دعها مضمومة واشعر بالشد فى قبضة يدك اليسرى، ومقدمة الذراع.. والآن

استرخ دع أصابع يدك متفرقة ولاحظ العكس فى مشاعرك. الآن دع نفسك تحاول أن تصبح أكثر استرخاءاً بشكل عام. مرة أخرى ضم قبضة يدك اليسرى بقوة. ثبتها على هذا الوضع. لاحظ الشد مرة أخرى. الآن دعها تسترخ. الشد فى أصابعك يزول، لاحظ الفرق مرة أخرى. (وهكذا)".

ويستخدم هذا الجزء من الإجراءات بالنسبة للذراعين من الداخل ويستغرق حوالى ٥ دقائق حتى يكتمل ويتم إرخاء أجزاء أخرى من الجسم بالشكل نفسه. وقد تكون حالة الاسترخاء أكثر سرعة لدى بعض العملاء. ويمكن حذف كثير من التعليمات، ويكون الأسلوب أكثر ملاءمة للأفراد الذين يعانون من الشد والتوتر الجسدى، ويوصف كذلك للعملاء الذين يعانون من القلق (المحدد والعام)، ومرضى الربو، والتشنجات، والاكتئاب، والتقلصات المصاحبة للدورة الشهرية، وضغط الدم المرتفع، والأرق، والألم المزمن، والمخاوف، وعثر الطمث التقلصى sparmodic dysmeorrhoea، والصداع التوترى، وطنين الأذن Tinnitus (انظر: McGwgan, ١٩٩٣)، ولأن الأسلوب قد يسبب عرضاً ارتفاعاً فى ضغط الدم، فيجب توخى الحذر مع مرضى القلب، ومرض المياه الزرقاء Gloucoma .

. استجابة الاسترخاء Relaxation response:

طور بنسون Benson (١٩٧٦) استجابة الاسترخاء، والتى مثلت نسخة أو مراجعة غربية من التفكير فقد أزال أى تأثير ثقافى، واستبدل الكلمات والمناظر والصور بالرقم (١)، وأحد فوائد هذا الأسلوب هو أن إعادة الرقم (١)، يساعد العميل فى عدم اعتبار، أو النظر إلى أى أفكار سلبية، أو مشتتة قد تظهر أثناء محاولاتهم للاسترخاء. وقد عدل بالمر ودريدن Palmer & Dryden (١٩٩٥) النص الأصلى كما يلى:

١ – جد وضعاً مريحاً، واجلس بهدوء.

٢ – اغمض عينيك.

٣ – ارخ عضلاتك، ابدأ بوجهك ثم تقدم لأسفل نحو أصابع قدمك.

٤ – الآن ركز على تنفسك، تنفس بعمق عن طريق الأنف، وفى عقلك ردّد وكرر الرقم (واحد) أثناء الزفير.

٥ – لو ظهرت أى أفكار سلبية أو مشتتة دعها فقط تمر فى عقلك ثم قم بإعادة (واحد)، لا تحاول أن تدفع نفسك للاسترخاء، فقط دعه يظهر فى وقته.

٦ – استمر فى هذا التدريب على الأقل لمدة ١٠ – ٢٠ دقيقة.

٧ – بعد أن تنتهى دع عينيك مغلقتين لعدة دقائق، واجلس بهدوء.

وقد افترض كارينجتون Carrington (١٩٩٣)، عدداً من المؤشرات المبدئية لأشكال حديثة من التدخلات للأسلوب فى سوء استخدام المخدرات، والكحول، والتدخين، والغضب المزمن، وحالات الاكتئاب المزمن، وصعوبات توكيد الذات، ورد الفعل الاكتئابى تحت المرضى، ولوم الذات، وكثرة النوم، والتهيج، وقلق الانفصال. وقد حذر كارينجتون (١٩٩٣) من أن بعض العملاء قد لا يتحملون المدة المعتادة لمدة ٢٠ دقيقة للجلسة، وفى هذه الحالة فإن وقت التخيل يكون بحاجة إلى أن يقلل.



الفصل الثامن

التنويم كمساعد للعلاج المعرفى السلوكى

الفصل الثامن

التنويم كمساعد للعلاج المعرفى السلوكى

Hyponosis as an Adjunct to Cognitive Behavioral therapy

يطلب العملاء أحياناً التنويم بدلاً من العلاج المعرفى السلوكى، ومن المحتمل أن يقوم عديد من المعالجون بتحويل العميل إلى مكان آخر، أو يقوموا بمحاولة إقناع العميل بأسلوب العلاج المعرفى السلوكى الحالى، أو أشكال أخرى من العلاج المعرفى السلوكى بأن هذه الأساليب فعالة وذات كفاءة (Ellis, ١٩٨٦). وأياً كان، فإن المنحى السابق يمكن أن يزيد من معدل التآكل والتسرب، ويكون ذلك إنهاءاً مبكراً للعلاج، حيث لم يحصل العملاء على ما كانوا يتمنونه. وبوضوح فإذا حدث ذلك، فإن العميل لن يستفيد من العلاج المعرفى السلوكى. ولذلك وعلى مضض تم تضمين هذا الفصل فى الكتاب الحالى.

وعندما يكون لدى العملاء اعتقاد قوى بأن التنويم سوف يساعدهم فى التعامل مع مشكلاتهم، ويقلل من القلق، والضغوط، والاكتئاب، أو يقهر المشكلات الجسمية، وبما أن التنويم ليس له أعراض جانبية، فقد وجد أنه تدخل مفيد وبشكل خاص فى هذه الحالة (انظر: Kirch et al., ١٩٩٥; Lazarus ١٩٧٣; Palmer, ١٩٩٣b) ويوصى أيضاً باستخدام التنويم كأحد أساليب العلاج فى إطار العلاج المعرفى السلوكى، أو العلاج العقلانى الانفعالى، على الرغم من أن هناك حدود لذلك (Ellis et al., ١٩٩٨).

وسوف يكون العلاج المعرفى السلوكى المختصر أكثر مرونة عندما يتطلب الأمر ذلك، بدمج أساليب مأخوذة من علاجات مختلفة وذلك ليعزز

النواتج العلاجية لو اتضح أن هذه الأساليب فعالة، وليست مضادة وتدعم كذلك كيف أن المعتقدات تؤثر فى انفعالاتنا. ويتمنى بعض المعالجين بشكل ملح، أن يعتبر استخدام التنويم كملحق مضاف للعلاج المعرفى السلوكى مع العملاء الذين لديهم رغبة قوية فى استخدامه، وقد يؤدى ذلك من ناحية أخرى لإنهاء العلاج. ويقدم هذا الفصل مثالاً لنص خاص بالتنويم ويمدنا بمعلومات عن المراحل المختلفة للتنويم التقليدى ولأنه يستخدم فى العلاج المعرفى السلوكى كمنحى تعاونى حيث يتم توضيح الأسس النظرية وجوانب الممارسة التطبيقية لكل تدخل للعميل، فالافتراض المباشر بوضوح هو التركيز على المشكلة الخاصة موضع الاهتمام والمستخدمة فى الفصل الخاص بالتنويم ويتم تحاشى الافتراضات غير المباشرة وتجنبها.

نص التنويم Hypnosis script:

سيتم فى هذا الجزء وصف نص نموذجى للتنويم، وللإفادة يتم تقسيمه إلى المراحل التقليدية من التنويم.

التجهيز والحث المبدئى Preparation and Preliminary Induction:

فى مرحلة التحضير يتأكد المعالج أن العميل فى وضع مريح، ويتضمن ذلك الإجابة عن أى أسئلة يطرحها العميل عن التنويم. والأسئلة التقليدية التى يمكن أن تطرح هى (Palmer, ١٩٩٣b):

- ما التنويم؟
- كيف أعرف أننى قد تم تنويمى؟
- هل ستصبح متحكماً فى عقلى؟
- ماذا ستفعل؟
- ماذا سيحدث لو لم أستطع الإفاقة من التنويم؟
- هل سأخبرك عن كل أسرارى؟

ومعظم العملاء سيكون لديهم نظرتهم الخاصة عن طبيعة التنويم، وكيفية عمله وأدائه، ومن المهم أن نقدم توضيحات علاجية مساعدة عن هويته وكيفية عمله. ونشير إلى أنه يمكن أن يعتبر أحد أشكال الاسترخاء حيث يكون العقل مستقبلاً لإيحاءات مساعدة، وبالإضافة إلى ذلك سوف يظهر التنويم عندما يريده العميل أن يحدث، وأنهم سيكونون متحكمين، وإن أرادوا أن يستفيقوا من التنويم فإنهم باستطاعتهم ذلك. ولن يقوموا بإفشاء أى أسرار إذا لم يكونوا يريدون ذلك.

وليس ككل أشكال التنويم الرسمية، ومثل ذلك الذى سوف يتضمن فى العلاج المعرفى السلوكى، فالجلسة الأولى سوف تظل تستغل فى تقرير مشكلة أو مشكلات العميل. وبالتركيز خاصة على انتقاء مفتاح أخطاء التفكير والأهداف السلوكية من العلاج، وربما يتم إفراد حوالى عشر دقائق لتدريبات الاسترخاء مثل الاسترخاء متعدد المحاور، للتأكد من أن العميل بإمكانه الاسترخاء ويكتشف أى الوسائل التى يفضل استخدامها، فمثلا: بعض العملاء يكونون أكثر تفضيلاً لاستخدام أسلوب التخيل للاسترخاء، بينما بعضهم الآخر يفضل استخدام أسلوب التنفس. ويتم استخدام التنويم فى الجلسة الثانية.

وفى المرحلة التمهيدية يمكن أن يخبر العميل أنه من الطبيعى تماماً خلال التنويم الشعور بالوخز والدفء، أو الشعور بالثقل فى الأيدى والأذرع، ويوصى بأن يكون العميل إما راقداً على أريكة، أو جالساً على كرسى مريح مع راحة للرأس، ويجب أن تكون الحجرة فى درجة حرارة مقبولة حيث يشعر بعض العملاء بالبرد أثناء التنويم (أو الاسترخاء). ويفضل أن تكون غرفة التنويم واقعة فى جزء هادئ من المبنى، ومن المريح أكثر أن يبعد العملاء العدسات اللاصقة أو النظارات.

والجزء التمهيدى من نص التنويم صُممَ لتشجيع حالة الاسترخاء التنويمى. وحالة التنويم لا زالت قابلة للمناقشة وذات خلاف، وأياً كان فإنه ليس من المناسب كما يتوقع العميل أن التنويم فى حد ذاته سوف يكون مفيداً بل إن المكون الأساسى المهم هو فى تأثير التنويم (انظر: Lazarus, ١٩٧٣). والنص المقدم مختلف عن بقية المناهج التقليدية، فالمعالج لن يُرغم العميل على أن يغمض عينيه، حيث أن ذلك ربما يؤدى إلى زيادة المقاومة ويكون ذو نتائج عكسية لدى بعض الحالات.

العمق [التعميق] Deepening:

صُممت مرحلة التعميق فى التنويم لزيادة عمق الاسترخاء. والطريقة التى وُصفت لاحقاً فى نص التنويم تستخدم أسلوب العد والتنفس، ويمكن أن تستخدم هذه الطريقة لمعظم الحالات عدا هؤلاء الذين يعانون من مشكلات فى التنفس مثلا: المدخنين، ولهذه الحالات، ومع الأفراد الذين يكون من السهل لهم التمثيل البصرى يفضل استخدام الأسلوب التخيلى. ولو تم اختيار الأسلوب التخيلى التعميقى فهنا يجب أن يتم اختيار منظر استرخاء مناسب من قبل العميل قبل الاستمرار فى التدريب، والتخيل الذى يتضمن تخيل العميل أنه يسقط من شئ ما مثل تل، أو مصعد، أو يطير من السلم، أو منظر الشاطئ، أو المروج فى الريف، تعد نموذجية. وفى هذه المرحلة من المستحسن تجنب الصور التى قد تثير، وتفجر القلق، فهى قد لا تساعد فى عملية الاسترخاء، فمثلاً إعطاء تعليمات للعميل الذى يعانى من مخاوف من السلم الدوار، أن يتخيل نفسه أنه يستخدمه. لو أن عميل يريد أن يتغلب على مخاوف خاصة فهنا فالصورة التخيلية التوافقية الملائمة تكون فى بؤرة التركيز خلال مرحلة تقوية الذات من التنويم.

والصورة النموذجية الأكثر تعميقاً التى تم موصفها فيما بعد، وجد أنها مساعدة للمعالج للتأكيد وتوضح الكلمات المحفزة "أسفل"، "الآن" وكما يبدو ذلك فإنه يؤدى إلى مستوى استرخاء أكثر عمقاً.

التخيل الاختيارى التعميقى (Palmer, ١٩٩٣b, ٢٨-٣١):

- أريدك الآن أن تتصور أنك على قمة التلة التى وصفتها لى سابقاً.
- فقط أنظر للمنظر. لاحظ ألوان النباتات فى الوادى (الحقل).
- بينما تنظر أسفل التل يمكنك أن ترى الأبقار فى المرج الأخضر فى قاع التل.
- تستطيع أن تشعر بدفء الشمس على وجهك.
- وخلال لحظات قليلة من الوقت.
- لكن ليست الآن.
- سوف تأخذ ثلاث خطوات نزولاً من التل. واحدة فى البداية.
- سوف تأخذ الخطوة الثالثة وعندها ستكون فى أسفل التل.
- وكل مرة تأخذ خطوة هبوطاً من التل ستشعر بالاسترخاء أكثر وأكثر مما تشعر به الآن.
- فى لحظات قليلة وفى الوقت الذى تأخذ فيه الخطوة الأولى هبوطاً من التل. لكن ليس الآن، وعندما تفعل ذلك ستشعر بأنك مسترخياً جداً.
- خذ خطوتك الأولى هبوطاً من التل الآن.
- الآن أنت تشعر بقدر أعلى من الاسترخاء عما كنت عليه من ثوان قليلة مضت. ودقائق قليلة مضت، ساعات قليلة مضت، وأيام قليلة مضت حتى أسابيع قليلة مضت.
- الآن بقيت الخطوة الثالثة لك هبوطاً من التل لاحظ كيف تغير المنظر.
- خذ وقتك وفقط أنظر للمنظر الذى تعرفه جيداً وما تنظر حولك. لاحظ كيف تبدو مسترخياً الآن.

- هل يمكنك أن ترى كيف تبدو أكثر قرباً من أسفل التل الآن وضح تحسن المنظر بالنسبة للمرج الأخضر.
- خلال دقائق قليلة من الوقت، سأطلب منك أن تأخذ خطوتك الثانية هبوطاً من التل وعندما تأخذ هذه الخطوة ستشعر بأنك أكثر استرخاءاً مما تشعر به الآن.
- خذ خطوتك الثانية هبوطاً من التل الآن.
- الآن أنت تشعر باسترخاء أكثر عما كنت تشعر به منذ دقائق قليلة مضت، وأكثر استرخاءاً عما كنت عليه منذ ساعات مضت.
- تبدل المنظر مرة ثانية عندما اقتربت من القاع المرج الأخضر يبدو أكثر قرباً وعندما تنظر للخلف لا على التل كيف أن القمة بعيدة.
- انظر للحقول والنباتات، والأبقار لاحظ رائحة الأزهار في الشجيرات.
- أنت تشعر أنك مسترخي جداً أكثر الآن ذلك يشعرك بأنك تسير في الريف الذي تفضله.
- خلال دقائق قليلة من الوقت، لكن ليس الآن سوف تأخذ خطوتك الأخيرة لأسفل التل وعندما تفعل ذلك سوف تشعر بالاسترخاء التام عندما تصل للمرج.
- خذ خطوتك الأخيرة لأسفل التل هبوطاً الآن.
- الآن أنت تشعر بأنك مسترخي جداً جداً أكثر استرخاءاً مما شعرت منذ لحظات، ومنذ دقائق وأكثر مما شعرت منذ ساعات قليلة مضت.

[عند هذه النقطة استمر في تقوية الذات].

تقوية الأنا Strenthing:

ذلك هو الجزء المفتاح في العملية حيث يعدل المعالج أخطاء التفكير الواضحة، وكذلك المعتقدات غير المساعدة والسلوك، ويقوم بمقابلتها بإدخال عبارات للمواجهة ذات قوة (انظر: Palmer, ١٩٩٧). ويمكن أن يستبدل النص

ليأخذ فى حسبانه أى ظروف عامة قد يشكو العميل منها مثل الصداع النصفى.. إلخ ومن الملائم أيضاً تكرار التأثيرات الإيجابية للتنويم خارج الساعة العلاجية (Palmer, ١٩٩٣). وقد يكون ذلك مفيداً لتأثير ما بعد التنويم الذى يعد مكوناً مهماً فى عملية التنويم.

ويمكن أن تتضمن الصور وتخيلات المواجهة مساعدة العميل فى التعامل مع المواقف الصعبة مثل تقديم عرض أو التعامل مع المخاوف (Palmer & Dryden, ١٩٩٥) . والتخيل العقلانى الانفعالى يمكن أن يستخدم لتوضيح أن العميل يمكن أن يواجه المواقف والأحداث الصعبة والسفر عبر الزمن للأمام عن طريق التخيل يمكن أن يستخدم لتوضيح أن العميل يمكن أن يواجه المواقف الحالية المعلنة، وكذلك الأحداث نادرة الحدوث "أو المرعبة" (Lazarus, ١٩٨٤, Palmer & Dryden, ١٩٩٥) وعلى أية حال فإنه من المهم أن يتم اختيار التخيل المناسب لمشكلة محددة ما.

وفى النص تساعد فترة "الصمت" pause فى تأكيد افتراضات تقوية الأنا ويعزز تأثيرها (Palmer, ١٩٩٣).

التخلص من الأعراض Symptoms:

تستخدم مرحلة التخلص من الأعراض لو كان العميل واجه صعوبة فى التعامل مع أعراض جسمية أو نفسية جسمية ولو تم تخطى (ترك) هذه المرحلة، فإن باقى النص يمكن أن يتضمن هذه النقطة. والتخلص من الأعراض يكون هدفاً موجهاً نحو الأعراض التى يعانى منها العميل مثل الحساسية، والقلق، والربو، أو العادات (مثل: النهم، والتدخين) والصداع، والأرق، والصداع النصفى، والألم، ونوبات الهلع، والمخاوف، واللوازم، وأمراض الجلد، وأمراض الكلام... إلخ (انظر: Palmer, ١٩٩٣). والنص الموضح فى السياق قد يساعد فى تخفيف الصداع النصفى والصداع الناتج عن الشد العصبى.

ويمكن أن يرجع إلى هارتلاند Hrtland (١٩٧١) الحصول على نصوص عديدة خاصة بالتخلص من الأعراض.

ومن المهم عند التعامل مع العملاء مع أعراض عديدة لديهم ناتجة من الضغوط، *أو الآلام الجسدية أن نتأكد من أن العميل ليس لديه أى ظروف* عضوية طبية تقف خلف هذه الأعراض. ولو حدث ذلك فإنه من الضرور تحويل العميل إلى متخصص طبي.

الإنهاء Termination:

إن مرحلة الإنهاء هي الجزء الأخير من إجراءات التنويم. ولو فتح العمي عينيه قبل انتهاء نص التنويم فيطلب منه أن يغلق عينيه ويتم تنفيذ مرح الإنهاء.

استخلاص المعلومات Debrief:

من المهم اكتشاف كيف يفكر العميل، ويشعر حيال التجربة، ويجي أي طلبات قد تظهر خلال الجلسة. ولو أراد العميل أن يتلقى التنويم مرة أخر في جلسة لاحقة فمن المناسب هنا أن نسأل ما إذا كان يريد أن يستبدل أ جزء من النص.

نص التنويم Hypnosis script:

الإيحاء المبدئي Preliminary induction: (Adapted Palmer, ١٩٩٣b, ٢٣-٦)

- هل يمكنك أن تجعل نفسك مرتاحاً قدر استطاعتك أثناء جلوسك.
- ولو استطعت فقط مجرد أن تغلق عينيك.
- لو استمعت فقط للضوضاء خارج الغرفة.
- والآن استمع للضوضاء داخل الغرفة.

- هذه الضوضاء سوف تأتي وتذهب أثناء الجلسة ويمكنك أن تختار أن تدعها مجرد أن تمر فوق وعيك أو تختار أن تتجاهلها إذا أردت ذلك.
- يحتمل أن تلاحظ كيف أن هذه الضوضاء ونبرة صوتي سوف تصبح أنعم وأشد ثم أنعم مرة أخرى خلال الجلسة وذلك طبيعي تماماً ويشير إلى أنك في حالة من التنويم.
- دع كل جسمك يتراخى ويسترخي.
- الآن دع عينيك مغلقتين دون أن تحرك رأسك أريدك أن تنظر لأعلى ودع عينيك مغلقتين. فقط انظر لأعلى.
- لاحظ الشعور بالتعب والنوم.
- والاسترخاء.
- في عضلات عينيك.
- وعندما تشعر عينيك بالتعب الشديد، وتصبح متعبة جداً جداً فقط دع عينيك تسقط لأسفل.
- لاحظ الشعور بالإنهاك، والنوم، والاسترخاء في عينيك.
- دع ذلك ينسحب لأسفل وجهك إلى فكيك.
- الآن فقط ارخ فكك.
- لو أسنانك مضمومة، فقط دعها غير مضمومة.
- الآن ارخ لسانك لو كان يلمس سقف حلقك فقط دعه الآن ينزل لأسفل.
- دع الشعور بالاسترخاء ينسحب لأعلى وجهك إلى مقدمة الرأس والجبهة.
- لأعلى رأسك.
- لمؤخرة رأسك.
- والآن ببطء لأسفل عبر عضلات الرقبة.

- وينزل لأسفل إلى كتفيك.
- الآن ركز على إرخاء كتفيك. فقط دعهما يسقطان لأسفل.
- الآن دع الشعور بالاسترخاء في كتفيك ينسحب ببطء لأسفل في ذراعك الأيمن، ينزل عبر العضلات، ينزل عبر مرفقك، وعبر رسغك، وإلى يدك ويستقر في أصابعك.
- الآن دع الشعور بالاسترخاء في كتفيك ينسحب ببطء لأسفل في ذراعك الأيسر، وينزل عبر العضلات، ينزل إلى مرفقك وعبر رسغك، وإلى يدك، ويستقر في أصابعك.
- ودع الشعور بالاسترخاء في كتفيك ينزل لأسفل إلى صدرك، وأسفل إلى معدتك.
- لاحظ ذلك في كل مرة تتنفس فيها أنك تشعر بأنك مسترخ أكثر وأكثر.
- دع الشعور بالاسترخاء والتعب ينسحب لأسفل من كتفيك إلى ظهرك، وعبر عضلات ظهرك.
- ينزل لأسفل في رجلك اليمنى عبر العضلات يهبط إلى ركبتك ويصل إلى كاحلك.
- إلى قدمك، إلى أصابع قدمك.
- دع الشعور بالاسترخاء والتعب ينسحب لأسفل إلى رجلك اليسرى يهبط إلى ركبتك ويصل إلى كاحلك.
- إلى قدمك، إلى أصابع قدمك.
- سوف أعطيك بضع دقائق الآن.
- لأسمح لك بالتركيز على أي جزء من جسمك تريد أن تزيد من استرخائه (فترة سكون وصمت لمدة ١٥ ثانية إذا كان ذلك ضروريا).

التعميق Deepening: (Adapted Palmer, ١٩٩٣b, ٣٦-٨)

- أريدك الآن أن تركز على تنفسك.
- لاحظ كيف في كل مرة تخرج فيها أنفاسك أنك تصبح أكثر استرخاءً.
- مع كل نفس تأخذه تشعر باسترخاء أكثر وأكثر وأكثر.
- تنفس ببطء من أنفك وأخرج النفس ببطء من فمك.
- مع كل نفس تأخذه.
- في كل مرة تأخذ نفساً من الهواء.
- تصبح مسترخياً أكثر وأكثر.
- وتدريجياً سوف تنجرف لتصبح مسترخياً أكثر وأكثر.
- مع كل زفير تصبح نعساناً أكثر وأكثر.
- مسترخياً بعمق أكثر وأكثر.
- لاحظ كيف عندما تكون مسترخياً أنك تتنفس ببطء أكثر وأكثر.
- وبهدوء أكثر وأكثر أنك تصبح بعمق أكثر وأكثر مسترخياً بشكل أعمق.
- إنك تغرق في حالة من الاسترخاء العميق.
- كل جسمك يصبح مسترخياً أكثر وأكثر في كل مرة تخرج فيها أنفاسك.
- سوف أبدأ ببطء العدد حتى خمسة وأثناء قيامي بذلك سوف تشعر بأنك أكثر استرخاءاً مما أنت عليه الآن.
- واحد.
- الآن أنت تشعر باسترخاء أكثر مما كنت تشعر عليه منذ دقائق مضت، مسترخياً أكثر وأكثر مما كنت عليه منذ ثواني قليلة مضت.
- اثنان.

- لاحظ كيف أنك تشعر باسترخاء أكثر حتى أنك تجد من الصعب التركيز على صوتي كل الوقت.
- ثلاثة.
- الآن في كل مرة أقول رقماً، كل مرة تخرج فيها نفساً، تشعر بعمق أكثر وأكثر، واسترخاء أكثر وأكثر عمقاً. يغمرك شعور بالتعب والاسترخاء ويحل بك أثناء الاستماع الصوتي.
- أربعة.
- أنت تشعر بأنك أكثر استرخاءً مما شعرت به منذ دقائق قليلة مضت، وثوان قليلة، وفي لحظة عندما أقول الرقم خمسة لكن ليس الآن سوف تشعر بأكثر مراحل الاسترخاء عمقاً.
- خمسة.
- الآن أنت تشعر بأنك مسترخياً بشكل أعمق وأكثر مما كنت عليه منذ لحظات، ومنذ ثواني أنت أكثر استرخاء مما كنت عليه.منذ دقائق، وأكثر مما كنت عليه منذ ساعات مضت.

تقوية الأنا Ego-strengtheming: (Adapted Palmer, ١٩٩٣, ٣٨-٤١)

- أنت الآن أكثر استرخاءً، مسترخياً بشدة. وأنت مدرك لكل شئ أقوله لك.
- أنت مدركاً كذلك بأن عقلك مفتوح لأي افتراضات إيجابية قد أصيغها لإفادتك.
- أنت تشعر بأنك أكثر استرخاءاً عندما أقول افتراضاً أو تخميناً إيجابياً عن صحتك سوف يقبل هذا الإيحاء وتدريجياً عبر فترة من الوقت سوف تشعر بتحسن أكثر وأكثر حتى أنك لن تصبح هنا معي.
- إيحاءاتي سوف تمر في عقلك وسوف تكون قادراً على تذكر كل شئ قد يؤثر في مشاعرك.

- وأفكارك.
- وسلوكك.
- وعندما تشعر بالاسترخاء أكثر عمقاً خلال هذه الجلسة ستجد طاقة جديدة للتكيف مع أى مشكلات قد تكون واجهتها حديثاً.
- طاقة جديدة للتخفيف من أى تعب.
- طاقة جديدة لمساعدتك فى التركيز على أهدافك.
- قوة جديدة للعقل والجسم للتعامل مع الضغط الداخلى والخارجى.
- وتدريجياً ستصبح منغمساً فى الحياة مجدداً تنظر للأمام فى كل يوم.
- وكل يوم تمر به تصبح أكثر استرخاء أو أكثر هدوءاً أكثر من أى وقت آخر.
- وكل يوم ستشعر أنك بعيد عن التوتر وأكثر بعداً من الاهتمام بالقضايا والأمور غير المهمة.
- وعندما يحدث ذلك ستنمو ثقتك بأن مخاوفك القديمة ستصبح ذكريات بعيدة.
- وأسبوع بعد أسبوع، ويوم بعد يوم وساعة بعد ساعة ودقيقة بدقيقة وثانية بثانية ستنمو استقلاليتك.
- وأى قلق أو اكتئاب أو شعور بالذنب أو ضغوط سوف تختفى حيث أنك تعلمت أن تتوافق مع الحياة.

[يهدف إلى الانفعالات، والحالة الجسمية التى تتعلق بمشكلة العميل الحالية]

- سوف تستطيع أن تواجه المواقف الصعبة بشكل أكثر سهولة.
- لن تسمع نفسك مجدداً تردد أنا لا أستطيع فعل ذلك لكن سوف تقول لنفسك بشكل منطقى "إنه غير سار لكنى يمكننى أن أواجهه".
- وكما تعلمت يمكنك مواجهة المواقف سوف تؤجل قليلاً وسوف تكون قادراً على البدء والاستمرار فى أداء مهامك أكثر سهولة.

- سوف تتساءل هل الأشياء فعلا صعبة قد تكون سيئة لكنها ليست مريعة؟
- وكما تعتقد أنك يمكنك مواجهة المواقف، والأشياء النادرة لو كانت حتى مريعة ستكون قادراً على مواجهة مخاوفك بشكل أكثر سهولة.
- لو فشلت في مهمة ما سوف لا تعتبر نفسك فاشلاً تماماً أو غبياً.
- بل ذلك يعني أنك لم تحقق هدفك.
- لا أكثر، ولا أقل.
- سوف تتعلم كيف تتقبل نفسك أكثر كشخص وليس فقط لمجرد إنجازاتك.
- كل قواعدك، ومطالبك الداخلية كثير منها غير ضروري، والبجبات واللوازم.
- سوف تتغير إلى تفضيلات، وتبعاً لذلك فإن مخاوفك سوف تقل.

(الهدف يلائم الانفعالات الخاصة بالمريض للمشكلات الحالية)

- ومخاوفك الراهنة ستصبح جزءاً من الماضي.
- سوف تكون قادراً على أن تلقيها بعيداً.

الإنهاء Termination: (Adapted Palmer, ١٩٩٣b, ٤٣-٤)

- خلال لحظات من الآن لكن ليس الآن سوف أقوم بالعد إلى ثلاثة وعندما أفعل ذلك سوف تفتح عينيك وتصحو وتشعر بالاسترخاء والانتعاش.
- ستكون قادراً على تذكر أو نسيان ما تشاء بسبب جلسة التنويم التي قمت بها.
- وسوف تكون كامل التحكم في عقلك وجسمك.
- وتصحو اليوم في الدخل اليوم، والساعة، والمكان).
- وعندما أعد إلى ثلاثة سوف تصحو.

(ليبدأ المعالج في الحديث بصوت مرتفع مع كل رقم تدريجياً)

- واحد.
- اثنان.
- ثلاثة.

افتح عينيك عندما تريد.

تعليقات:

وجد أليرت أليس Albert Ellis الذى وضع أصول العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى أن عمق الغشية trance التي يحرزها عملاؤه تُوجد اختلافاً بسيطاً من تأثير التنويم. ولذلك فقد يكون ضرورياً وجود حالة من الغشية العميقة وفي بعض الحالات تكون ذات نواتج مضادة إذا لم يركز العميل على مرحلة تقوية الأنا. ويوصى بأن يقوم العملاء بتسجيل جلسة التنويم ويستمعوا بانتظام لها في المنزل. ويشجع أليس العملاء على أن يستمعوا للشريط المسجل كجزء من الأساسيات اليومية لمدة شهر أو شهرين لتمكين رسائل العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى REBT من العمل (Ellis, ١٩٨٦, ١٩٩٣) وغالباً ما يستخدم إليس التنويم لمدة جلسة واحدة فقط. وإن كان ممكناً فإنه يفضل عدم استخدام التنويم مطلقاً بشكل مستقل بل يمكن أن يستخدمه كملحق مضاف للعلاج إذا كان ذلك ضرورياً.

الأعراض والأعراض المضادة Indications and Contraindications:

يوصف التنويم للاضطرابات النفسية الجسمية والأمراض المرتبطة بالقلق والغضب، والقلق والربو، والحساسية والمشكلات السلوكية (مثل التدخين، واللوازم والنهم، والتحكم في الوزن)، الخجل (مع احمرار الوجه) الصداع النصفي بأنواعه، والاكتئاب، والشعور بالذنب، وضغط الدم، والأرق، وزملة الألم المعدية المعوية، والألم، والمخاوف، والتوتر العضلي، والخجل، وأمراض الجلد (مثل الحكة) والضغوط، واضطرابات الكلام (اللجلجة) والصداع التوترى (انظر: Hartland, ١٩٧١; Kirsch, et al., ١٩٩٥, ١٩٩٩; Palmer, ١٩٩٣b;

(Palmer & Dryden, ١٩٩٥) ويستخدم التنويم منذ بداية القرن، إن لم يكن أبعد من ذلك، فى "صدمة القوقعة" Shell shock أو عصاب الصدمة traumatic neurosis (انظر: Edgell, ١٩٨٦; Pfirter, ١٩١٧). وهذه الظروف تعرف الآن بأنها اضطرابات ما بعد الصدمة Post-traumatic stress disorders PTSD ومهما يكن أشارت البحوث إلى أن التنويم قد لا يكون هو التدخل المختار لاضطرابات ما بعد الصدمة مثل إعادة البناء المعرفى. سواء وحده أو مصحوب بالتعرض حيث يكون أكثر كفاءة (انظر: Palmer et al., ١٩٩٥) ومن المشوق أن العلاج الدعمى هو أقل التدخلات تأثيراً بينما العلاج النفسى الديناميى المختصر هو بنفس قيمة التنويم، وهنالك حاجة لزيادة البحوث فى هذه المنطقة لأنه من الممكن لو أن التنويم تضمن التعرض التخيلى وإعادة البناء المعرفى فهنا سيكون الأسلوب أكثر كفاءة. وتم مناقشة أسلوب مشابه لكن أقل كفاءة وتأثيراً فى سياق أخرى (Moore, ١٩٩٣) .

وقد حذر بالمر ودريدن (١٩٩٥) من استخدام التنويم إذا كان العميل تحت تأثير المخدرات أو الكحول، وبشكل عام فإن التنويم يحظر استخدامه للعملاء الذين يعانون من أمراض طبية نفسية حادة وشديدة، رغم أن ذلك يمثل تحدياً (انظر: Gafner & Young, ١٩٩٨, Spiegal, ١٩٨٣) ولا يوصى به لمرضى الهستيريا، ومرضى الأوجاع الانشقاقية حتى يتلقى العميل علاجاً لحل أى صراعات خبيثة. وافترض بالمر ودريدن أيضاً أن الحيطة يجب أن تتخذ عند استخدام التنويم مع العملاء الذين يعانون من الربو، والصرع، أو الخدار Narcolepsy (أو أى أنواع وأشكال أخرى من الاسترخاء)، فربما فى بعض الحالات تفجر وتثير الحالة المرضية.

خاتمة

وجد أن التنويم عند إضافته للعلاج المعرفى السلوكى أنه مفيد لعديد من الأفراد (Kersch et al., ١٩٩٩) على الرغم أنه يعانى من بعض القصور، واعتماداً على كيفية تطبيقه فإن أسباب عدم كفاءته هى: (Palmer, ١٩٩٧b)

١ – لا يعتبر التنويم تدخلاً أساسياً ومهماً من العلاج المعرفى السلوكى دون أن يقوم العميل مباشرة بنقض صدق معتقداته غيرا لمساعدة بنفسه.

٢ – ليس بالضرورة أن يساعد التنويم العملاء على إعادة بناء معتقداتهم أكثر من أنفسهم.

٣ – قد يشجع التنويم أسلوب التفكير السحرى Magical thinking .

٤ – قد لا يشجع التنويم العمل الجاد والتمارين خارج الجلسات العلاجية.

٥ – قد يدعم التنويم فكرة أن التعثر يجب أن يكون سهلاً.

وأياً كان، فكما يهتم العلاج المعرفى السلوكى المختصر بالاستخدام الكفء لعدد محدود من الجلسات لكى يتم إحراز نتائج علاجية جيدة فقد يكون مفيداً لنسبة معينة من العملاء.


الفصل التاسع
خطط علاجية

الفصل التاسع
خُـطط علاجيـة
Treatment Protocols

ذكرنا فى موضع سابق فى بداية هذا الكتاب، أن الشكل الأصلى، والنموذج الدقيق للعلاج المعرفى السلوكى، تم تطبيقه بشكل أكثر شمولاً فى علاج الاكتئاب، وأوردنا بعض التوصيات عند تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على الاكتئاب، واستخدمت هذه التوصيات فى الربط بين العمليات والأساليب فى العلاج المعرفى السلوكى، التى تم ذكرها على مدى فصول هذا الكتاب، والتى لا يمكن اعتبارها منفصلة عن بعضها بعضاً. ولقد قدمنا قسماً عن الانتحار، الذى يلقى انتباهاً خاصاً من المعالج ويعمل عليه حين وجوده (وقد يكون حقيقياً أو مقنعاً). ووجود الأفكار الانتحارية غالباً ما يؤدى إلى وجود قدر من القلق لدى المعالجين المتدربين.

اضطرابات الهلع Panic disorders:

- لمعلومات إضافية انظر:

Barlow and croske, (١٩٨٩); Beck, (١٩٨٧); Beck et al., (١٩٨٥); Clark, (١٩٨٦); Hackman, (١٩٩٨); Salkovskis, (١٩٨٨); Solkovskis, et al., (١٩٩١); Wells, (١٩٩٧).

- قابل العميل أسبوعياً.
- ضع أنت والعميل فروضاً حول الأفكار السلبية التى تختبر فيما بعد.
- الهدف الأساسى من العلاج، هو تعديل التفسيرات الكوارثية للاحساسات الجسدية.
- استخدم التجارب السلوكية، لإعادة إنتاج وترميز الأعراض فمثلاً: التنفس الإرادى السريع داخل الجلسة.

- توليد بدائل وتفسيرات غير كوارثية، باستخدام التعليم النفسي، وتحدى الأفكار.
- اختبر صدق التفسيرات الكوارثية، وغير الكوارثية عن طريق المناقشة (الحوار السقراطى)، والتجارب السلوكية.
- إعادة إنتاج احساسات الهلع أثناء العلاج، واختبر مترتبياتها أثناء الجلسة.
- اعمل مع العميل لكى يتخلى عن السلوكيات غير الآمنة.
- استخدم تدريبات الاسترخاء.
- انظر الفصل السابع (Bermtein & Borkovec, ١٩٧٣; Goldfried & Daviron, ١٩٧٦; Zacobron ١٩٣٨; Ost, ١٩٨٧; Palmer, ١٩٩٣).

المخاوف الاجتماعية Social Phobia:

- لمعلومات إضافية أنظر:

Beck et al., (١٩٨٥); Liebowitz, et al., (١٩٨٥); Locack & Salkovskis, (١٩٨٨); Mattick, et al., (١٩٨٩); Ost, et al., (١٩٨١); Wells, (١٩٩٨).

- وضّح للعميل تأثيرات القلق والهلع.
- اشرح استخدام الاسترخاء، الذى يكون مصحوباً بالتعرض أثناء الاسترخاء، حيث تكون الأعراض فسيولوجية بشكل أساسى.
- فسِّر التحكم فى فرط التنفس Hyperventilation (Salkovskis, et al., ١٩٨٦).
- قدم للعميل نموذج العلاج المعرفى السلوكى للمخاوف الاجتماعية، واستكشف المخاوف الأساسية الخاصة بالتقييم السلبى.
- تناول تنبؤات العميل المبدئية عن المواقف الاجتماعية، أو مواقف الأداء، والتقييم المبالغ فيه للنتائج السلبية. واستخدم اختبار الفروض لفحص وعكس كل معتقد.

- إعادة البناء المعرفى: قم بتكرار تحديد أفكار بعينها وتحديها الأمر الذى يقود العميل إلى المخاوف الاجتماعية.
- حدد أخطاء التفكير الشائعة، واختبرها، وافحصها.
- شجع العميل على التعرض لمواقف يمكن أن تُظهر التقييمات السلبية، حتى تسمح لأسوأ المخاوف، بألا تقوى وتعزز. ويقوم المعالج بالتجهيز لذلك بشكل أساسى، مع التعرض لعدد من المواقف التى غالباً ما تكون مساعدة وإيجابية.
- عندما تكون الأعراض الغالبة سلوكية، استخدم علاجات سلوكية صرفة.
- وضح مهارات توكيد الذات self-arrortiveness skills .
- ابتكر الواجبات المنزلية الملائمة.

اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety disorder:

- لمعلومات إضافية انظر: Andraws, et al., (١٩٩٢); Butler & Booth (١٩٩١); Butler, et al., (١٩٩١); Durham & Allan, (١٩٩٣); Hunt & Singh (١٩٩١); Wells, (١٩٩٧) .
- ناقش أهداف العلاج مع العميل فى بداية العلاج، وقم بمضاهاة أهداف العميل مع أهداف المعالج.
- قدم منطق العلاج، ومعلومات عن المرض، مشتملة على استراتيجيات إدارة القلق، والعلاج المعرفى السلوكى، والتعرض التدريجى.
- اعترف بأن الأنماط طويلة المدى من التفكير والسلوك، يمكن تغييرها، لكنها استمرت لسنوات طويلة، وأصبحت اعتيادية لذلك فلن تتغير بين يوم وليلة.
- ادفع العميل لأن يتحمل مسئولية التغير فى سلوكه، ويدرك مدى الحاجة للتدريب على المهارات التى يتعلمها.
- درّب العميل أن يقيم الخطر واقعياً.

- أعط منطقاً لإهمال وتجاهل الحاجة للأمن.
- لاحظ الحاجة للأمن خارج الجلسات.
- أكد أهمية الانتظام في أداء الواجبات المنزلية.
- استخدم صياغة مشكلات العميل لساعدته في فهم أعراضه، وإعطاء توضيح لإطار عمل العلاج المعرفي السلوكي.
- اشرح طرق وأساليب الاسترخاء، وناقش أهميته.
- ساعد العميل على التعرف على التوتر.
- ساعد العميل في تحديد أخطاء التفكير غير الواقعي، والقلق وكيفية التعامل معه.
- قدم أساليب الإلهاء distraction techniques .
- قم ببناء استراتيجيات التعايش والمواجهة، للتعامل مع المواقف المهددة.
- ركز على أي تحاشيات واعط منطقاً لها.
- ركز على برامج التعرض التدريجي . استخدم التعرض التخيلي imaginal exposrure .
- قدم أساليب حل المشكلات problem-solving techniques .

الاكتئاب Depression:

- لمعلومات إضافية ارجع لـ Abramson, et al., (١٩٧٨); Beck, (١٩٨٧) (١٩٧٦); Beck et al., (١٩٧٩); Fennell & Teasdal (١٩٨٧); Lewinsohn, et al., (١٩٨٢); Rehem (١٩٨٢); Scott, (١٩٨٨) .
- شجع العميل على تقبل الاكتئاب.
- قيم الصعوبات الراهنة.
- اتفق على قائمة المشكلات.
- حدد الأهداف.
- قيم فقدان الأمل، والأفكار الانتحارية خلال الجلسة الأولية، وحدد مدى خطورة الأفكار.

- اسأل أسئلة، واجمع معلومات في حالة ما إذا تم وضع خطة أم لا لمحاولة الانتحار، فكيف سيتخلص منها، وماذا يمنع العميل من أن ينفذها. ولمزيد من المعلومات عن الانتحار انظر القسم الأخير من هذا الفصل.
- راقب مزاج العميل.
- اشرح النموذج المعرفي.
- طور الصياغة المعرفية.
- درب العميل على ملء جداول النشاطات السارة، وجدولة الإنجازات، وقدر كل نشاط من صفر- ١٠.
- حدد الأفكار الآلية.
- حدد، واعكس أخطاء التفكير باستخدام التجارب.
- درِّب العميل على أساليب إعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات.
- درِّب العميل على استراتيجيات التصدي والمواجهة.
- جهز العميل للتوقف.
- تأكد من تصدي العلاج لتقليل الانتكاسات والانتكاسات المؤقتة.

اضطراب الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder:

- لمعلومات إضافية ارجع لـ: Foa (١٩٧٩); Foa, et al., (١٩٨٣a, b) (١٩٨٥); Salkovskis (١٩٨٥); Salkovskis & Warwick (١٩٨٥); Salkovskis & Westbrook (١٩٨٧); Salkovskis, et al., (١٩٨٨); Wells (١٩٩٧).
- وضح منطق العلاج، مشتملاً على التعرض التدريجي، ومنع الاستجابة، والتعويد Habituation وإعطاء الأمثلة.
- تأكد من إدراك العميل لأهمية اضطلاعه بدور نشط في علاج نفسه.
- عند ظهور أفكار ملحة، مع وجود طقوس سلوكية، اطلب من العميل أن يدون البادئات أو المثيرات التي تسبب عدم الراحة، ومدى إلحاح ظهورها، وارتباطهما بالاستجابة لكل منه.

- ناقش دور القلق الاستباقى Anticipatory Anxiety، مؤكداً حقيقة أن استباق الصدام غالباً ما يكون أكثر إثارة للقلق من المواجهة الواقعية الطبيعية. ووضح ذلك خلال الجلسة.
- افحص المعتقدات غير المساعدة وناقشها، خاصة عند الحاجة للمعرفة، والتحكم والمسئولية.
- ابحث عن أساليب العميل المشتتة أثناء التعرض التدريجي.
- حدد ما إذا كانت الأفكار الملحة، موجودة، أم هى استجابة طبيعية لكل فكرة.
- قم بعمل ترتيب تصاعدى للوساوس، واطلب من العميل الإحجام عن الحيادية.
- عرض العميل لأقل قدر من القلق، يثير الأفكار باستخدام شريط تسجيل صوتى، وقدر معدل عدم الراحة والقلق (انظر الفصل السابع).
- ضع مهام مشابهة كمهام وواجب منزلى.
- وعندما يأخذ التعود (التعويد) مكانه، فقد يكون من الملائم تنويع نغمة، أو ضوضاء الشريط، أو الاستماع للشريط فى مواقف تجنبية سابقة.
- قد يكون هناك أساليب أخرى للتعويد وتكون مناسبة مثل: إعادة كتابة الأفكار الملحة، مصحوبة بمنع الاستجابة.
- تكون المهام فى الواجب المنزلى، جزءاً تكميلياً من العلاج، مثل منع الاستجابة ذاتى التوجه.

ضغوط ما بعد الصدمة Post-traumatic Stress Disorder:

- لمعلومات إضافية ارجع لـ: Andrews, et al., (١٩٩٤); Barlow, (١٩٨٨); Foa & Kozak, (١٩٨٦); Foa, et al., (١٩٨٩); Ockberg (١٩٩٦); Scott & Palmer (٢٠٠٠); Scott & Strading (١٩٩٢; ١٩٩٨).

- اختر استراتيجيات المواجهة التى عادة ما تتضمن التحاشى المعرفى والانفعالى.
- حاول أن تعرف ما إذا كانت هذه الاستراتيجيات تعمل أم لا ، ولأى مدى.
- اشرح استراتيجيات مواجهة إنتاجية للتعامل مع الذكريات الداخلية.
- تعامل مع الذاكرة (مواجهة الذاكرة).
- ساعد فى عدم إغفال الذكريات الإيجابية.
- ساعد العميل فى أن يرى نفسه جزء من الصدمة (صدمة ليست متعلقة بالذات) ، وأنه ليس مجرد ضحية ، أو مجرد ناج، لكنه شخص كامل ومتكامل له تاريخ سابق ولاحق للحدث.
- شجع العميل على أن يكون نشطاً ذاتياً ، ويجدول الأشياء المهملة لكى يؤديها.
- درّب العميل على أساليب حل المشكلات.
- تناول الذات القديمة ، والطريقة القديمة للتفاعل قبل التعرض للصدمة.
- قلل الشعور بالعجز الذى فجرته الصدمة.
- حدد الموضوعات والقضايا الخاصة بالشعور بالذنب.
- أعد كتابة نص الصدمة.
- ساعد العميل فى إعادة اتصاله بالآخرين، وتحديد أهداف الحياة ، شجع الكلام مع الشريك/ الأسرة عن الصدمة.
- حدد أهدافاً جديدة وقسمها إلى خطوات صغيرة قابلة للتعامل معها.
- ركز على أخطاء التفكير - قبل وبعد الصدمة - وساعد العميل على تحديد استخدامه لها.
- حدد المعتقدات المحورية المتصلة بالصدمة، واختبر، وطور معتقدات إيجابية مساعدة بديلة.

- ركز على تفعيل المعلومات الانفعالية. فمثلاً: درب العميل أن يتوقف ويفكر من خلال معنى انفعال ما، بدلاً من الدخول في سلوك ما كاستجابة.
- ساعد في تسمية، وفهم وضع العميل الانفعالي.
- استخدام أساليب تخيل ملائمة للمساعدة في تفعيل الحدث الصارم.
- التعرض لمواقف مناسبة يتم تحاشيها.
- شجع الاستمرار في خبرات ما قبل الصدمة.
- علم أسلوب الاسترخاء لو كان ذلك ضرورياً.
- مهد للارتداد المؤقت، والانتكاس.

مخاوف نوعية Specific Phobias:

- لمعلومات إضافية ارجع لـ: Andrews, et al., (١٩٩٤); Barlow, (١٩٨٨); Beck, et al., (١٩٨٥); Foa & Kozac (١٩٨٦); Marks, (١٩٨٦); Ort (١٩٨٧); Wolpe & Lazarus, (١٩٦٦).
- حدد بؤرة المخاوف الخاصة للعميل، والتي قد تكون موضوعاً (كلب على سبيل المثال) أو موقفاً (كالارتفاعات).
- المخاوف من دم الجروح Bload injury phobia متفرداً في أن العميل قد يصاب بالإغماء عند التعرض لموقف مثير.
- الهدف الأساسي للعلاج يرتكز على ثلاثة محاور: ١) تقليل مستوى القلق عند التعرض لموضوع أو موقف مخيف. ٢) تقليل القلق الاستباقي. ٣) تقليل تجنب الموضوعات أو المواقف المخيفة.
- يكون اتجاه العلاج سلوكياً بشكل رئيسي، يتم تشجيع العميل لمواجهة المواقف والموضوعات المخيفة (التعرض).
- يجب أن يكون التعرض متحدياً ولكن ليس مستحيلاً.
- يتطلب التعرض أن يكون طويلاً بشكل كافٍ حتى يحدث خفض لمستوى القلق.

- استخدام مقاييس لقياس مستويات القلق، ومراقبة التحسن والتقدم: انظر الفصل الرابع.
- يفضل استخدام التعرض الواقعي عن التعرض الخيالي (التخيلي).
- يتم تطوير برامج التعرض بشكل تعاوني مع العميل.
- ابدأ برنامج التعرض باستخدام أقل المواقف، أو الموضوعات إثارة للقلق والخوف أو تقدم نحو أكثرها إثارة للخوف (على سبيل المثال: من العنكبوت الصغير، إلى عنكبوت أكبر وأكثر خطورة).
- يستخدم التطمين المنظم systematic desensitization التعرض التدريجي graded exparure على مستوى التخيل مصحوباً بالاسترخاء، لتقليل مستوى القلق.
- المكونات المعرفية هي استخدام العبارات التوافقية الذاتية، وإعادة التسمية، وإعادة تقييم مواقف، وموضوعات الخوف. وذلك يساعد ويدعم التعرض ويساعد في تجنب التوقف المبكر عن العلاج (التسرب).

العلاج أحادي الجلسة Single session therapy:

- لمزيد من المعلومات ارجع لـ Ellis, (١٩٩٥); Ellis, et al., (١٩٩٨); Feltham (١٩٩٧); Lazarus (١٩٩٧); Marks (١٩٨٩); McMullin (١٩٨٦); Palmer & Dryden (١٩٩٥); Talmon (١٩٩٠) .
- غالباً ما يستخدم العلاج أحادي الجلسة، عندما يطلب العميل ملاحظات وإرشادات قصيرة، تمكنه من أن يتعامل مع مهام خاصة، أو أزمات أو مواجهة موقف معين، يكون خائفاً منه في بعض الأحيان، مثل: تقديم عرض في العمل.
- وقبل العلاج، أخبر العميل أن العلاج قد يستغرق ما بين ساعة وساعتين، ولو كان ممكناً أكتشف كيف تبدو المشكلة ثم وجه العميل إلى مصادر العلاج بالقراءة المعرفية السلوكية الملائمة، والتي تتصل بمشكلته مثل: الكتب، والمقالات، والنشرات، وشجع العميل على أن

يسجل الجلسة صوتياً لكى يتمكن من الرجوع لها بعد العلاج، ليتذكر من خلالها أساليب العلاج، وكيفية تطبيقها. وضح حدود العلاج أحادى الجلسة، مثل: الأهداف المحددة. ضع جدول أعمال ثم دون المشكلة الهدف. ويجب أن يكون المعالج واقعياً، ويتجنب المبالغة فى جلسة واحدة. طور وشارك العميل فى صياغة سريعة حيث تركز على المعتقدات والسلوكيات غير المساعدة التى ترتبط بالمشكلة الهدف، ضمن طرق مقاومة العميل ومصادر الدعم المحتملة والمتاحة، سجل أى شئ يجده العميل محسناً لمشكلته، وكن توكيدياً، فلو حاول العميل مناقشة أى قضايا أخرى ذكره بأن الوقت المتاح محدود، واسأل العميل هل مناقشة هذه القضايا الأخرى سيساعده فى حل المشكلة التى اتفقنا عليها سابقاً.

- ولو أمكن استخدم التعرض الحى خلال الجلسة إذا كان العميل يعانى من المخاوف، واستخدم الاقتصاد اللفظى، وتجنب تقديم تفسيرات واسعة وشاملة، وبمضى كل نصف ساعة تقريباً، ذكر العميل بالوقت المتبقى له من الجلسة، وركز على ذلك.
- واعتماداً على العميل حدد أى المعتقدات يمكن التركيز عليها فى الجلسة، مثل: الأفكار السلبية الآلية، ،المعتقدات الوسيطة، ،المعتقدات المحورية، أو تصاحبها معاً، ولو كان مناسباً، ناقش ذلك مع العميل، وتذكر أن جلسة واحدة عادة ما تكون غير كافية بتعديل المعتقدات المحورية، فكن واقعياً فى توقعاتك.
- استخدم تدخلات وأساليب بسيطة وقوية تركز على المعتقدات غير السارة، والسلوكيات. واستخدم الاسترخاء لو كانت الاستثارة النفسية عالية.
- مارس الأساليب المناسبة خلال الجلسة لتتأكد من أن العميل يعرف كيف يستخدمها، فلو استخدمت أسلوب حل المشكلات، فقم بتقسيم

المشكلة إلى خطوات صغيرة، قابلة للتعامل معها، ولو أمكن استخدام عبارات المواجهة والتدريب على التخيل والاسترخاء.

- ولكى تختبر إذا كانت جلسة العلاج جيدة، شجع العميل على أن يعطى تقريراً عن مدى تحسنه (عن طريق البريد، أو البريد الإلكترونى، أو الهاتف).

الانتحار Suicide:

- لمزيد من المعلومات ارجع لـ Beck et al., (١٩٧٤); O.D. (١٩٧٦); Curwin (١٩٩٧); Robins, et al., (١٩٥٩); Roy (١٩٨٢), (١٩٩٢); Schmeidman (١٩٨٥); Symands (١٩٨٥); Weishoar & Beck (١٩٩٢).

هناك بعض الاستخبارات التى تتعلق بالانتحار مثل:

١ – قياس مبررات الحياة Reasons of living scale لقياس خصائص التوافق فى الانتحار. (Lineham, ١٩٨٥)

٢ – مقياس أفكار الانتحار Scale for suicide ideation . (Beck et al., ١٩٧١)

٣ – مقياس اليأس Haplessness scale لقياس درجة الخطر للانتحار. (Beck et al., ١٩٧٤d)

٤ – مقياس التنبؤ بالانتحار Predection of suicide scale . (Beck et al., ١٩٧٤)

٥ – مقياس لوس أنجلوس للوقاية من الانتحار Los Angles Suicie prevention scale . (Los Angles Center for Suicide Prevention, ١٩٧٣)

٦ – قائمة بيك للاكتئاب Beck depression invintory . (Beck, ١٩٧٨)

العوامل المرتبطة بزيادة الخطر:

- معظم الأفراد الذين قاموا بمحاولات ناجحة للانتحار، عقدوا العزم أو النية بشكل واضح أمام فرد آخر على الأقل.

- أكثر شيوعاً لدى الذكور عنه لدى الإناث، لكن يزداد الخطر لدى الرجال الأصغر سناً.
- يزداد الخطر مع العمر، ويكون الأفراد الذين يعانون الوحدة، والأرامل والمطلقين أكثر عرضة.
- اعط اهتماماً خاصاً للأفكار (المعارف)، التى ارتبطت بمحاولات الانتحار السابقة، فالمحاولات السابقة للانتحار، قد تكون منبئة عن أن الانتحار قد يكون كاملاً فى المستقبل.
- اعط اهتماماً خاصاً لأى دوافع أو اندفاعات حالية للانتحار.
- تظهر المعارف الخاصة بفقدان الأمل، واليأس، كواحدة من أكثر المنبئات بالتفكير الانتحارى.
- لو اعتقد العميل بقوة أن الحياة دائرة ليس لها نهاية من الألم الانفعالى، والإحباط، فقد يشير ذلك إلى أن الانتحار يبدو كاختيار متاح، أفضل من الحياة.
- خطة الانتحار المحكمة الدقيقة بأسلوب مميت، فإن الـ ٢٤ ساعة إلى ٤٨ ساعة التالية لها تشكل خطراً. فالأفراد هنا يحتاجون إلى بيئة آمنة أو إيداع بالمستشفى.
- العملاء الذين يعانون من حياة مهددة، أو أمراض عضوية مزمنة، يكون معدل الخطر لديهم أعلى من أولئك المكتئبون، أو الذين يعانون من أمراض نفسية مزمنة.
- يكون معدل الخطر أعلى لدى متعاطى المخدرات والكحوليات، والمعزولين اجتماعياً، والعاطلين عن العمل.

التدخلات العلاجية:

أى فرد يرغب فى إنهاء حياته، غالباً ما يجد طريقة ما ليفعل ذلك، ومن المهم أن نأخذ كل وسائل الانتحار على محمل الجد، وذلك معروف فى

سياقات عديدة فمثلاً: سلوك التوقف عن الطعام والشراب، والتخلص من الممتلكات الشخصية، وفقد رباطة الجأش، وتضخم المخاوف الشخصية، وكتابة رسائل يعترف فيها بتصورات مختلفة وعديدة عن الانتحار، وصور أو رموز أخرى، أو كلمات لفظية عن أفكار تتعلق بالانتحار. لا تخف من توضيح أفكار الانتحار مع العميل. فذلك لا يجعل الانتحار أكثر احتمالاً لو اتبعت الخطوات التالية:

- استهدف أفكار اليأس.
- ركز على تقوية أفكار ورغبة الحياة، وضعف أفكار ومناقشات الموت والانتحار.
- درب العميل على أساليب حل المشكلات، ودرب مهارات:
  - الوعى بالتغير فى المزاج.
  - الوعى بالأفكار السلبية.
  - قدم تجارب معرفية سلوكية.
- ساعد العميل فى وضع خطة لسلوكيات إيجابية كبدائل للانتحار.
- خصص وقتاً، وانتباهاً للأفكار الانتحارية، أو المحاولة الحديثة للانتحار.
- ساعد العميل على تبنى الأمل فى المستقبل، وذلك بمساعدته على أن يرى أن هناك بدائل أخرى تجعله لا يفكر فى الانتحار.

قائمة المراجع

1) endogenous depression: part 2. Preliminary findings in 16 unmeicated inpatients. Behavior Therapy. 22: 469 77.

2) Trower. P. Casey. A. and Dryden. W. (1988) Cognitive Behavioural Counseeing in Action. London: Sage.

3) Truax. C.B. and Carkhff. RR. (1967) Towards Effective Counsellinng and Psycho-therapy. Training and Practice. Chicago: Aldine.

4) Vaillant. G. (1977) Adaptation to Life. Boston: Little Brown.

5) Wanigaratne. S. and Barker. C. (1995) 'Clients' preferences for styles of therapy, British Journal of Clinical Psychology, 34: 215-22.

6) Wasik, B. (1984) 'Teaching parents effective problem-solving: a handbook for professionals. Unpublished manuscript. Chaple Hill: University Of North Carolina.

7) Weishaar, M.E. and Beck, A.T. (1992) 'Hopelessness and suicide', International Review of Psychiatry, 4: 177-84.

8) Weissman, A. (1979) 'The dysfunctional attitude scale: a validation study', Dissertation Abstracts International, 40: 1389-90B (University Microfilm no. 79-19.533).

9) Weissman, A. (1980) 'Assessing depressogenic attitudes: a validation study', Paper presented at the 51st Annual Meeting of the Eastern Psychological Asociation, Hartford, Connecticut.

10) Weissman, A. and Beck, A.T. (1978) 'Development and validation of the dysfunctional attitude scale'. Paper presented at meeting of the Association for the Avancement of behavior Therpy, Chicago,. November.

11) Wells, A. (1995) 'Meta-cognitions and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder'. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23: 301-20.

12) Wells, A. (1997) Cognitive Therapy of Anxiety Disordeys: A Practive Manual and Conceptual Guide. Chichester: John Wiley & Sons.

13) Wells, A. (1998) 'Cognitive Therapy of Social Phobia', in N. Tarrier, A. Wells and G. Haddock (eds), Treating Comples Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach. Chichester: John Wiley & Sons.

14) Wessly, S., Rose, S. and Bisson, J. (1997) 'Brief psychological interventions (debriefing) for treating trauma-related symptoms and preventing post-traumatic stress disorder (cochrane review)', in the Cochrame Library, I, 1999. Oxford: Update Software.

15) Wolpe, J, and Lazarus, A.A. (1966) Behavior Therapy Techniques, New York: Pergamon.

16) Woody, G.E. Luborsky, L., McChellan, A.T., O'Brien, C.P., Beel, A.T., Blaine, J., Herman. I. and Hole, A. (1983) 'Psychotherapy for opiate addicts: does it work?; Archives of General Psychiatry, 40: 1081-6.

17) World Health Oraganisation (1992) International Classification of Diseases, 10th edn Genva: WHO.

18) Young. J.E. (1991) Cognotive Therapy for Personality Disorders: A. Schema-focudded Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

19) Young. J.E. (1992) Schema Conceptualisation Form. New Yourk: Cognitive Theerapy Center of New Yourk.

20) Zetzel. E. (1968) The Capacity of Emotinal Growth. New Yourl: International Universities Press.

الفهـرس